

МАТЕРИАЛЫ
ВТОРОГО ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА
МАНУАЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТОВ

15-16 ноября 2002 года,
г. Санкт-Петербург

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ СЪЕЗДА

Председатели:

- Карпеев А.А.** главный специалист Министерства здравоохранения Российской Федерации по традиционным методам лечения, генеральный директор федерального научного Центра традиционных методов диагностики и лечения;
- Скоромец А.А.** президент Всероссийской ассоциации мануальной медицины, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии СПбГМУ им. акад.И.П.Павлова, главный невролог Санкт-Петербурга, академик РАМН, профессор.

Сопредседатели:

- Ткаченко Б.И.** вице-президент РАМН, председатель президиума Северо-Западного отделения РАМН, директор ИЭМ РАМН, академик РАМН, профессор;
- Яицкий Н.А.** ректор СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, член-корр. РАМН, профессор;
- Беляков Н.А.** ректор СПбМАПО, член-корр. РАМН, профессор;
- Ситель А.Б.** главный врач Центра мануальной терапии Министерства здравоохранения РФ, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии РГМУ им. акад. Н.И. Пирогова.

Ученый секретарь:

- Ахметсафин А.Н.** ученый секретарь ВАММ, к.м.н., ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии СПбГМУ им.акад.И.П. Павлова.

Научный совет:

- Шитарев В.И.** вице-губернатор Санкт-Петербурга по вопросам культуры, науки и образования (Санкт-Петербург);
- Шабров А.В.** представитель МЗ РФ по Северо-Западному федеральному округу, ректор СПбСГМА, профессор (Санкт-Петербург);
- Валенкова В.А.** главный специалист отдела психоневрологической помощи Министерства здравоохранения РФ (Москва);
- Жолобов В.Е.** и.о. председателя комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, доцент;
- Жулев Н.М.** заведующий кафедрой нервных болезней им.С.Н.Давиденкова СПбМАПО, профессор (Санкт-Петербург);
- Атрощенко Н.Н.** президент регионального объединения мануальных терапевтов (Самара);
- Баранцевич Е.Р.** декан факультета последипломного образования СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова, профессор (Санкт-Петербург);
- Беляев А.Ф.** директор Института вертеброневрологии и мануальной медицины, заведующий кафедрой восстановительной и мануальной медицины ВГМУ, д.м.н. (Владивосток);
- Беляков В.В.** заместитель главного редактора журнала «Мануальная терапия», заместитель главного врача «Центра реабилитации» (Обнинск);
- Васильева Л.Ф.** президент ассоциации «Прикладная кинезиология», кафедра неврологии и традиционной медицины ГИДУВ, профессор (Москва);
- Гусев Е.И.** заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии РГМУ им.Н.И.Пирогова, академик РАМН, профессор (Москва);
- Епифанов В.А.** заведующий кафедрой физической реабилитации и спортивной медицины ФУВ МГМСУ, з.д.н. РФ, академик ЕА АМН, профессор (Москва);
- Иваничев Г.А.** заведующий кафедрой неврологии и рефлексотерапии КГМА, профессор (Казань);
- Исмагилов М.Ф.** заведующий кафедрой неврологии КГМУ, профессор (Казань);
- Кодзаев Ю.К.** кафедра неврологии СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова, доцент (Санкт-Петербург);
- Кравченко Т.И.** Русская высшая школа остеопатической медицины (Санкт-Петербург- Москва);
- Лебедев В.П.** заведующий сектором Института физиологии им. И.П.Павлова РАН, лауреат Государственной Премии СССР, академик РАЕН, профессор (Санкт-Петербург);
- Лиев А.А.** заведующий кафедрой неврологии СГМУ, профессор (Кисловодск);
- Мажукин В.И.** директор учебного центра «Московское объединение мануальных терапевтов» (Москва);
- Мерзенюк О.С.** президент Черноморского объединения мануальных терапевтов, профессор (Сочи);
- Москаленко Ю.Е.** Институт эволюционной физиологии и биохимии им. Сеченова РАН, профессор (Санкт-Петербург);
- Небожин А.И.** кафедра физической реабилитации РМАПО, доцент (Москва);
- Неборский А.Т.** руководитель курса традиционной медицины, ГИУВ МО РФ (Москва);
- Ненашева Т.В.** кафедра физических методов лечения ЛИУВЭК, доцент (Санкт-Петербург);
- Новиков Ю.О.** заведующий кафедрой мануальной терапии ФУВ БГМУ, профессор (Уфа);
- Одинак М.М.** главный невролог Министерства обороны РФ, заведующий кафедрой неврологии ВМА, профессор (Санкт-Петербург);
- Порхун Н.Ф.** кафедра неврологии СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова, доцент (Санкт-Петербург);
- Саморуков А.Е.** Президент Московского объединения мануальных терапевтов (Москва);
- Соколинский В.Е.** генеральный директор выставочного комплекса «РосМедЭкспо» (Санкт-Петербург);
- Сулим Н.И.** кафедра мануальной терапии РГМУ, профессор (Москва);
- Федин А.И.** заведующий кафедрой неврологии ФУВ РГМУ им.Н.И.Пирогова, профессор (Москва).
- Хабиров Ф.А.** заведующий кафедрой вертеброневрологии и мануальной терапии КГМА, профессор (Казань);
- Чеченин А.Г.** заведующий кафедрой неврологии и мануальной терапии Новокузнецкого ГИДУВ, профессор (Новокузнецк);
- Широков В.А.** президент регионального объединения мануальных терапевтов (Екатеринбург).

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ - МЕДИЦИНА XXI ВЕКА	6
А.Б. Ситель	

ВТОРОЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД МАНУАЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТОВ 15-16 НОЯБРЯ 2002 ГОДА, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	7
А.А. Скоромец, А.Н. Ахметсафин, Е.Р. Баранцевич	

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РОССИИ	10
--	----

А.Б. Ситель

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РОССИИ	11
--	----

Л.Ф. Васильева

О НЕОБХОДИМОСТИ ВВЕДЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЯ»	13
---	----

Ф.А. Хабиров

НОВЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ВЛИЯНИЕ ТЕХНИК МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА КОЛЕБАТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ОРГАНИЗМЕ	14
---	----

А.Ф. Беляев

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕФЛЕКТОРНЫХ И КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА	15
--	----

В.В. Беляков, А.Б. Ситель, И.Н. Шарапов, Н.П. Елисеев, З.Р. Гуров

СПОНДИЛОГЕННАЯ КРАНИАЛГИЯ	16
---------------------------------	----

Д.А. Болотов, А.Б. Ситель

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОДИНАКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ БОЛЕВЫХ МЫШЕЧНЫХ СИНДРОМОВ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА	17
--	----

Л.Ф. Васильева

СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ АДАПТАЦИИ ПО ДАННЫМ ВАРИАЦИОННОЙ ПУЛЬСОМЕТРИИ У ЛИЦ С ШЕЙНЫМ ЧЕРЕПНЫМ СИНДРОМОМ	18
--	----

А.Ф. Галлямова, М.В. Машкин, Ю.О. Новиков

ВЛИЯНИЕ КРАНИАЛЬНОЙ МАНУАЛЬНОЙ АКУПРЕССУРЫ НА ЭКСТРЕОРЕЦЕПТИВНЫЕ РЕФЛЕКТОРНЫЕ ЗМГ-РЕАКЦИИ M.TRAREZIUS	20
--	----

А.В. Гнездилов, А.В. Сыровегин, О.И. Загоруйко, Л.А. Медведева, А.В. Чусов

ВИДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ БЛОКОВ СУСТАВОВ КРАНИО-ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ	22
--	----

А.И. Небожин

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ И ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	22
---	----

А.Ю. Нефедов, Е.В. Асфандиярова

ДИСКОГЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОСТРАНСТВЕННОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО СУБСТРАТА	23
--	----

С.В. Никонов

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ И ДИАГНОСТИКЕ СКАЛЕНУС СИНДРОМА	24
--	----

С.Н. Расстригин

ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ	25
--	----

А.Б. Ситель, М.А. Бахтадзе

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ОСТРОЙ ФАЗЕ ДИСКО-РАДИКУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ. ИССЛЕДОВАНИЕ №1	27
---	----

А.Б. Ситель, К.О. Кузьминов, С.П. Канаев, Д.Н. Шубин

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ОСТРОЙ ФАЗЕ ДИСКО-РАДИКУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ. ИССЛЕДОВАНИЕ №2	28
---	----

А.Б. Ситель, К.О. Кузьминов, С.П. Канаев, Д.Н. Шубин

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ЭНДОРФИНЫХ СТРУКТУР МОЗГА	29
--	----

С.В. Трусов, В.П. Лебедев

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ С РОТАЦИОННЫМ ПОДВЫВИХОМ АТЛАНТА	30
--	----

М.И. Скоробогач, А.А. Лиев

СТАНДАРТЫ (ПРОТОКОЛЫ) ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИКЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ТРЕХМЕРНЫЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СКАНЕР ПОЗВОНОЧНИКА КАК ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ И КОНТРОЛЯ МАНУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА	31
--	----

И.Г. Алексеев, Т.С. Некрасова, А.В. Пироженов, Д.Н. Свирида, Д.В. Скворцов

ОБ АССОЦИИ НЕКОТОРЫХ ХАРАКТЕРИСТИК АНАМНЕЗА, ЖАЛОБ И ДАННЫХ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА, ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ В ТЕРМИНАХ МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ	32
---	----

Я.Н. Бобко

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ (УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ)	36
С.П. Канаев	
ВОЗМОЖНОСТИ АРТРОНОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОНАРТРОЗОВ И КОКСАРТРОЗОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	37
А.Б. Кузьмин, Ш.М. Юсупов, Ю.О. Новиков, И.А. Кутузов	
ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	38
А.Ю. Нефедов, Е.В. Асфандиярова	
СПОСОБ ОЦЕНКИ ВЕЛИЧИНЫ ОТВЕРСТИЯ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ АНОМАЛИИ ПЕРВОГО ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА	39
Н.Ф. Порхун, Е.Г. Сашко, В.В. Андреев, Ф.Н. Порхун	
ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ КОНФИГУРАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЕЙ	40
Д.В. Скворцов, И.В. Шкатов	
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МИГАТЕЛЬНОГО РЕФЛЕКСА И ЕГО ДИНАМИКА ПОД ВЛИЯНИЕМ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С РОДОВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	41
М.И. Скоробогач, А.А. Лиев	
УЛЬТРАНОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПРИ ШЕЙНЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ	41
И.Н. Шарапов, В.В. Беляков, Н.П. Елисеев, З.Р. Гуров	
ПРОБЛЕМА ПОСТДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, СЕРТИФИКАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	
ПРОБЛЕМЫ ПОСТДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ В ОБЛАСТИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ	43
Л.Ф. Васильева	
ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ «УНИФИЦИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ПО МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ»	44
А.Б. Ситель, В.М. Смирнов	
ЧАСТНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ	
ЦЕЛЕБРЕКС И МЕТОД МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ЛЮМБАЛГИЕЙ	46
Т. Т. Батышева	
МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ	47
Т.Т. Батышева, Д.В. Скворцов, А.И. Федин	
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СИМПТОМАТИКА ПОЯСНИЧНОЙ ДОРСОПАТИИ	48
Т.Т. Батышева, Л.Р. Русина, Д.В. Скворцов, А.И. Федин, И.В. Шкатов	
ПОКАЗАНИЯ К МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЯХ И ВЕСТИБУЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ	49
Я.Н. Бобко, С.В. Соснова, С.Л. Аврусин, Е.В. Синельникова, Р.П. Пеньков, В.Г. Часнык, Н.И. Сладкова	
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕННЫХ БОЛЕЙ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ	52
И.К. Гайсин, А.Ф. Галлямова, Ю.О. Новиков, И.А. Кутузов	
ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ И ТЕЧЕНИЕ ЛОКОМОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ	53
А.Ф. Галлямова, М.В. Машкин, Ю.О. Новиков, И.А. Кутузов	
ЛЕЧЕНИЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА	55
Е.В. Голубев, М.В. Машкин, Ш.М. Юсупов	
ЭЛЕКТРОФОРЕЗ КАРИПАЗИМА И МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ КОРЕШКОВЫХ СИНДРОМОВ	57
И.А. Кутузов, В.Л. Найдин, Ю.О. Новиков	
ВЛИЯНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДЛЕННЫХ КОЛЕБАНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ В ОБЛАСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	58
И.Л. Ли, А.Ф. Беляев	
ОСЛОЖНЕНИЯ НЕАДЕКВАТНОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	59
А.А. Лиев, М.М. Сангели	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШЕЙНО-ЧЕРЕПНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ПОЗВОНОЧНИКА	60
М.В. Машкин, А.Ф. Галлямова, Ю.О. Новиков	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МАНУАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА «ПЛЕЧО-КИСТЬ»	61
В.В. Моисеев, А.А. Лиев, М.М. Сангели	
К ВОПРОСУ О ХРОНИЧЕСКОЙ СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)	63
Н.Ф. Порхун, В.В. Андреев, Ф.Н. Порхун	
РЕГИОНАРНЫЙ МЫШЕЧНЫЙ ДИСБАЛАНС У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА	66
М.И. Скоробогач, А.А. Лиев	
АНОМАЛИИ КРАНИО-ВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА И МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ	66
А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, А.Н. Ахметсафин, Е.Р. Баранцевич, Н.В. Мельник, Т.А. Скоромец, А.В. Солонский	

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СПОНДИЛОГЕННЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ МЕТОДАМИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	67
А.А. Скоромец, А.Г. Рошковский, А.Н. Ахметсафин	
КРАНИО-САКРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОМПРЕССИИ ПОЯСНИЧНОГО КОРЕШКА	68
А.Г. Чеченин, И.П. Чеченина	
ПРИМЕНЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТОРАКАЛГИИ	69
Ш.М. Юсупов, И.К. Гайсин, Ю.О. Новиков	
ЧАСТНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ	
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ БЛОКИ КОСТИ И НАДКОСТНИЦЫ	72
С.С. Бабаков	
ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРОЗОМ	73
М.И. Скоробогач, А.А. Лиев	
МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА	74
В.А. Широков, А.А. Скоромец	
ОРГАНИЗАЦИОННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ДИАГНОСТИКИ В РЕАБИЛИТАЦИИ НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	75
Т.А. Шитиков, А.Е. Сыромятников, М.Ю. Фетисов, А.И. Ивасюк	
ЧАСТНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ПЕДИАТРИИ	
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В КОРРЕКЦИИ КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ	77
А.Ф. Беляев, И.Г. Степанов, Л.К. Ярлыкова	
ГИПЕРТЕНЗИОННО-ГИДРОЦЕФАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ (ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)	78
И.А. Егорова	
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В НАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ МЕТОДАМИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	79
Н.А. Карпенко, А.Ф. Беляев	
КРАНИО-САКРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	80
И.М. Ли	
К ПРОБЛЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСТЕОХОНДРОПАТИЯМИ	81
Т.А. Шитиков, Е.М. Муратова, В.Г. Безрукова	
МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БЛОКИРОВАНИЯ АТЛАНТО-ОКЦИПИТАЛЬНОГО СУСТАВА В ПОЛОЖЕНИИ ЭКСТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ	82
Г.И. Шумахер, Е.А. Шумаков, Т.В. Иванова	
ЧАСТНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ	
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ТЕХНИКИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТОМ	83
Р.В. Голикова, А.А. Шаваров	
НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ	84
И.Д. Зотов	
ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СМЕЩЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ КОРРЕКЦИЯ	86
М.И. Скоробогач, А.А. Лиев	
НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СИНДРОМА МАЛОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ	87
А.А. Тяжелников	
СВЯЗОЧНЫЕ БЛОКИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОГРАФИИ	89
А.Е. Шуляк	
НОВЫЕ И АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	
ОСТЕОПАТИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	91
Н.А. Беляков, С.В. Новосельцев, Д.Е. Мохов, И.А. Егорова	
МАНУАЛЬНОЕ МЫШЕЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ – НОВЫЙ МЕТОД МАНУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ	91
Л.Ф. Васильева	
ОСТЕОПАТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ	94
Л.А. Ласовецкая, В.С. Коваленко	
ВЗГЛЯД ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА НА РАЗЛИЧНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ТЕХНИКИ МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ	95
П.Г. Лопушанский	
МАНУАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА КАК ЭЛЕМЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА	97
В.В. Малаховский	
МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ – ОБЩЕОЗДОРАВЛИВАЮЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ	98
И.В. Мещеряков	
ВЗГЛЯДЫ ОСТЕОПАТА НА ЗНУРЕЗ	100
К.В. Шарапов	
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ	102
Юбилей: профессор Изабелла Рудольфовна Шмидт	103

ВВЕДЕНИЕ

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ - МЕДИЦИНА XXI ВЕКА

А. Б. Ситель

Центр мануальной терапии Минздрава России, г. Москва

С началом нового века медицина питает новые надежды, но и сохраняет старые проблемы. Новые открытия в биологии, генетике, новые биотехнологии открывают широкие горизонты. Но, по-прежнему, сохраняются проблемы несвоевременной постановки диагноза, узкий синдромальный подход к лечению пациентов и переизбыточное насыщение схемы лечения медикаментозными препаратами. Мануальная терапия на современном этапе позволяет четко устанавливать диагноз, обеспечить комплексный подход к лечению и существенно уменьшить назначение медикаментозных и гормональных препаратов.

До 1997 года, пока не появилась специальность «мануальная терапия», позвоночником занимались врачи и ученые разных профилей. Неврологи изучали неврологические проявления спондилогенных заболеваний, ортопеды - ортопедические, нейрофизиологи - нейрофизиологические, нейрохирурги и травматологи оперировали этих больных.

Синтезировала полученные учеными разных специальностей знания мануальная терапия, родившаяся на стыке неврологии, нейрофизиологии, ортопедии и травматологии. Оказалось, что позвоночник - это единый орган, занимающий ведущее положение в регуляции и работе различных систем человеческого организма, внутренних органов и периферических нервов.

Оказалось, что огромное количество клинических симптомо-комплексов, плохо поддающихся различным терапевтическим воздействиям, начиная с головных болей, надсегментарных поражений сердца, внезапных падений, судорожных и синкопальных состояний, болевых симптомов в различных частях тела, патологии внутренних органов, невротических, ирритативно-вегетативных, астено-депрессивных и других состояний, раньше находящихся в поле зрения других специалистов, в настоящее время являются сферой деятельности мануального терапевта, который может помочь. Поэтому мануальному терапевту требуется скрупулезное знание анатомии, физиологии и нейрофизиологии. Особенно необходимо совершенное владение клинической дифференциальной диагностикой для правильной постановки диагноза и отбора больных на лечение. Каждому 4-5-му больному (24%), обращающемуся в Центр мануальной терапии с жалобами на боли в спине, выставляется другой диагноз: опухоли, демиелинизирующие заболевания, полинейропатии. Такие больные дальше направляются в специализированные медицинские учреждения.

Практически это затруднено в условиях обычной, неспециализированной поликлиники, где не имеется достаточной диагностической базы для правильной постановки диагноза. Поэтому перспектива развития мануальной терапии - в развитии специализированных районных, областных, городских центров с современной диагностической базой. Мы уже пошли по этому пути, организовав центр мануальной терапии в г. Обнинске. В настоящее время организуем в г. Калуге.

Статикодинамические нарушения, возникающие в результате сглаженности или увеличения физиологических изгибов позвоночника, разной длины ног с последующим формированием сколиозов и др., хорошо поддаются коррекции мануального терапевта в детском и подростковом возрасте. Её отсутствие в детстве часто приводит к тяжелым заболеваниям позвоночника в зрелом возрасте.

Вот куда должно быть направлено дальнейшее развитие мануальной терапии. На профилактику заболеваний позвоночника! Я надеюсь, что мы доживем до того времени, когда в каждой школе, в каждом детском саду будет врач - мануальный терапевт. Для этого должна быть утверждена общероссийская финансируемая программа укрепления здоровья нации. В конце этого года состоится коллегия Минздрава России по профилактике и лечению заболеваний позвоночника, и нами будут поставлены эти вопросы.

ВТОРОЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД МАНУАЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТОВ 15-16 НОЯБРЯ 2002 ГОДА, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

А.А. Скоромец, А.Н. Ахметсафин, Е.Р.Баранцевич

На I-м Всероссийском съезде мануальных терапевтов (Москва, ноябрь 1999), который был проведен вскоре после юридического утверждения новой специальности «мануальный терапевт» приказом №337 Минздрава РФ от декабря 1997 г., было избрано Правление ВАММ (60 человек) и президиум Правления в составе 13 человек. Президентом избран чл. корр. РАМН проф. А.А. Скоромец, заместители президента - проф. А.Б.Ситель и доц. А.Ф.Беляев, ученый секретарь - к.м.н. А.Н.Ахметсафин, члены - к.м.н. Н.Н.Атрощенко, доц. Е.Р.Баранцевич, проф. В.А. Гойденко, проф. Н.М.Жулев, проф. Г.А. Иваничев, проф. А.А.Карпеев, проф. А.А.Лиев, доц. А.Е.Саморуков, проф. И.Р.Шмидт.

Президиум заседал ежеквартально. Выездные заседания приурочивались к Всероссийским форумам неврологов (Съезд неврологов в Казани, май 2001 года) или конференциям мануальных терапевтов (Москва, декабрь 2001 г.).

На президиуме обсуждались вопросы организации службы мануальной терапии в регионах (Петрозаводске, Архангельске, Нижнем Новгороде, Орле, Уфе и др.).

Несколько исторических вех в формировании мануальной терапии.

За рубежом активно работали с конца XIX века хиропрактики. Такие специалисты обучались по 4-5 лет в хиропрактических школах США, Великобритании после общего среднего образования, а не базового медицинского образования. Поэтому хиропрактики использовали резкие грубые манипуляционные приёмы, нередко допускали диагностические ошибки, вызывали серьезные осложнения в виде надрывов мышц и сухожилий, переломы костей и т.п. В Советском Союзе хиропрактика была обоснованно юридически запрещена. Были самоучки - костоправы вне закона.

В 70-е годы XX века отдельные энтузиасты из неврологов начали знакомиться с мануальной медициной в Чехословании, Германии, Франции, Болгарии и стали пропагандировать и обучать современным методикам мануальной медицины («Уча других - учишься и сам!»). В этой связи следует упомянуть имена будущих профессоров А.В.Клименко, О.Г.Когана, Г.А. Иваничева, А.А.Лиева, А.Б.Сителя и др.

В нашей стране с 70-х годов прошлого века мануальную медицину стали осваивать не самоучки, а опытные врачи. Это обеспечило достаточно высокий профессионализм как в выборе показаний для мануальной терапии, так и отбор используемых методик. Мануальную терапию стали преподавать в институтах усовершенствования врачей (Запорожье, Москва, Новокузнецк, Казань, Ленинград, Ставрополь, Харьков и др.). Когда было подготовлено несколько сотен врачей со специализацией по мануальной терапии, на Всесоюзной конференции, проходившей в 1988 году в Новокузнецке, было организовано Всесоюзное научное общество мануальной медицины. Первым его президентом был проф. О.Г.Коган. В 1992 году это научное общество вследствие изменившихся политических реалий переименовано во «Всероссийскую ассоциацию мануальной медицины» (ВАММ) и её президентом стал проф. Г.А.Иваничев (Казань). В 1993 году ВАММ была принята коллективным членом Международной федерации мануальной медицины (FIMM). Благодаря активной помощи генерального секретаря этой федерации профессора Йоханнеса Фоссгринга (Дания), в России начато обучение врачей приемам мягкой мануальной терапии. По этой международной программе сначала были подготовлены преподаватели ГИДУВов страны, которые стали широко обучать врачей-неврологов и ортопедов-травматологов. С 1994 по 1997 год президентом ВАММ был проф. А.А.Лиев (Кисловодск), а с 1997 года - проф. А.А.Скоромец (Ленинград).

В эти годы изданы первые региональные учебно-методические руководства по мануальной терапии, включавшие мягкие её методики: миофасциальный рилиз, мышечно-энергетические техники, кранио-сакральные техники, дренажные техники, висцеральные техники и др. В терапевтической эффективности этих техник вскоре убедились неврологи, ортопеды-травматологи, вертебрологи, нейрохирурги и другие специ-

алисты, исследующие опорно-двигательную и нервную системы, внутренние органы. В 1997 г. по инициативе ведущих профессионалов Министерство здравоохранения России впервые в мире ввело в список медицинских специальностей специальность «мануальный терапевт».

На сегодня в России имеется два варианта исполнения функциональных обязанностей по мануальной терапии. Первый, когда врачи-неврологи, ортопеды, нейрохирурги и другие специалисты прошли обучение по мануальной терапии, получили соответствующий сертификат специалиста «мануальный терапевт» и продолжают работать по своей основной специальности, используя приёмы мануальной медицины в своей консультативно-лечебной деятельности. Это наиболее многочисленная популяция врачей, которые дополнили функциональные обязанности в пределах основной своей специальности, превратившись из врачей-консультантов («чиновников») во врачей-лечебников. Для них требуется изменение нагрузки на поликлиническом приёме от 5 человек за час до 3.

Другая часть врачей - «мануальных терапевтов», весь рабочий день занята приёмами мануальной медицины. К ним больных направляют врачи-лечебники. Это также высокие профессионалы и, как правило, работают они в хозрасчетных кабинетах и учреждениях России, имея лицензию на свою деятельность. В государственных лечебно-профилактических учреждениях должность «мануального терапевта» можно вводить в штатное расписание. Однако, заработная плата этих специалистов весьма скромная и равна тарифному окладу врача-ординатора стационара или поликлиники, что не соответствует физическому вкладу этого врача в лечебный процесс. Поэтому мануальные терапевты успешно работают только в тех государственных лечебно-профилактических учреждениях, где введен хозрасчет при начислении заработной платы.

Практика показывает, что Министерство здравоохранения обоснованно требует, чтобы будущие мануальные терапевты первично овладевали профессией «невролог» или «ортопед-травматолог» и могли самостоятельно проводить консультативный отбор для лечения методиками мануальной медицины и сами определять их варианты (массаж, мобилизации, манипуляции или мягкие техники). Каждый пациент нуждается в индивидуальном подборе лечебных приёмов мануальной терапии.

В России в последние годы выпущены обстоятельные руководства по мануальной терапии под редакцией А.А. Барвинченко, В.С. Гойденко, А.Б. Сителя, В.П. Веселовского, Г.А. Иваничева, А.А. Лиева, Н.И. Сулима, Л.Ф. Васильевой, О.С. Мерзенюка и др. Выпущено руководство одного из первых учителей советских мануальных терапевтов проф. К.Э. Левита «Мануальная медицина». Постепенно здравым смыслом и нормальными специалистами заполнилась ниша, которую первоначально заполнили кудесники типа Касьяна, Кандыбы, Джуны и т.п.

Несколько слов об отдельных тенденциях в современной мануальной медицине. Наиболее агрессивную сепаратистскую позицию занимают «остеопаты», которые подготовлены в остеопатических школах Запада (США, Англии, Франции и др.). Проповедники остеопатии Запада внушают своим ученикам (в том числе и русскоязычным) мысль об исключительной особенности философии остеопатического отношения к болезни и больному. Только остеопат, по их мнению, способен понять смысл недуга и найти правильный вариант лечения или профилактики большинства болезней человечества. Остеопаты легко обвиняют врачей «аллопатов», которые якобы не понимают, что организм человека является единой системой, и считают, что болезнь это не нарушение гармонии единства, а нечто самостоятельное в человеческом теле. Аллопаты якобы лечат болезнь, а остеопаты - самого больного. Может у кого-то из врачей такие мысли и доминируют, но только не у клиницистов-неврологов. В медицинских вузах России и СНГ на всех кафедрах будущим врачам объясняют, что организм человека является целостной саморегулирующейся системой, и что болезнь у каждого человека по-особому изменяет гармонию саморегуляции. Отсюда вытекает два практически важных вывода: необходим индивидуальный подход к лечению каждого заболевшего и лечить надо не болезнь, а больного.

В первых числах июля 2002 года в Санкт-Петербурге были проведены две международные конференции, на которых обсуждались вопросы фундаментальных исследований в остеопатии и программы преподавания остеопатии. Действительно, в нашем городе проведены и проводятся глубокие фундаментальные исследования нервной системы, как наиболее сложной материи на планете, защищенной костным футляром в виде черепа и позвоночника. Именно на кости черепа и позвоночника направлены приемы остеопатов, которые справедливо рассуждают о воздействии этих приемов не на сами кости и связки, а на содержимое

черепной коробки и позвоночника. Современные методические возможности вполне достоверно демонстрируют влияние краниальных методик на гемодинамику и ликвороциркуляцию в головном и спинном мозгу. Принципиально ошибочной является позиция остеопатов, что только они понимают остеопатические закономерности в функции организма и его изменения при болезни, а также особые остеопатические возможности лечения.

Не должно вызывать сомнений, что организм в состоянии здорового равновесия и при болезнях весьма динамичен. Что объективно существуют как уже известные медицине, так и еще не разгаданные закономерности регуляции всех систем организма. Именно объективные закономерности в функции нервной системы и всех других подсистем, которые обслуживают головной и спинной мозг и объединены в единый организм (человека, животного), не могут быть объективно различными для понимания остеопата или другого специалиста.

В результате дискуссии на форумах остеопатов было выяснено, что на Западе остеопатов обучают 5 лет без обязательного базового общемедицинского образования, также, как ранее готовили хиропрактиков. Для нашей страны такой вариант подготовки врача-лечебника неприемлем. Лицензию на медицинскую деятельность получают и будут получать специалисты с общемедицинским образованием, получившие специализацию в постдипломном образовании (интернатура, первичная специализация, клиническая ординатура и т.п.). Остеопатические приёмы в нашей стране могут осваивать только врачи-лечебники. Остеопатические приёмы в широком смысле входят в состав мануальной медицины как кранио-сакральные техники. Поэтому вытекает два практических вывода:

1. Остеопата как особого специалиста в государственный реестр специальностей вводить нет оснований;
2. Получившие специализацию по остеопатии врачи, имеющие диплом врача-лечебника, могут быть лицензированы с правом работы по мануальной терапии.

Часть мануальных терапевтов обучались приемам практической кинезиологии, применяют их в практической деятельности, понимают возможности таких методик и не претендуют на особую специальность.

Подготовка и специализация мануальных терапевтов в России проводится в государственных учреждениях по постдипломному обучению. Таких как ГИДУВы, МАПО, кафедры по факультетам постдипломного образования при медицинских институтах, академиях и университетах и других НИИ, которые имеют лицензию Министерства образования России на такое преподавание.

По нашим неполным сведениям сертификаты специалиста по мануальной терапии в России получили около 2000 врачей.

Несколько слов о членстве ВАММ в международной ассоциации FIMM. Такое коллективное членство было целесообразным, чтобы получать информацию и участвовать в ежегодных ассамблеях, конгрессах и конференциях. Однако, это членство требует ежегодной оплаты по 3,5 евро за каждого члена нашей ассоциации. На сегодня на Западе наметился распад FIMM на средиземноморскую, мускуло-скелетную ассоциацию и т.п. В этой ситуации надо обсудить стратегию взаимоотношений с международными клубами, ассоциациями по мануальной медицине, учесть возможности обмена информацией через мировую «паутину» (интернет).

Мануальные терапевты России должны быть объединены во Всероссийскую ассоциацию мануальной медицины, чтобы совершенствоваться в этом весьма полезном для медицинской практики деле под контролем главного специалиста Министерства здравоохранения по «традиционной медицине».

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РОССИИ

А.Б. Ситель

Центр мануальной терапии Минздрава России

Широкое распространение (до 80 % населения Земного шара), наиболее трудоспособный возраст (средний возраст 42 года) и огромные экономические потери ставят профилактику и лечение вертеброгенных заболеваний нервной системы в один ряд с самыми актуальными медико-социальными проблемами.

Проведенное врачами Центра мануальной терапии Минздрава России обследование учащихся 1-11 классов одной из московских школ показало, что 98 % детей страдают вертеброгенными заболеваниями. По данным ученых Великобритании, потери по нетрудоспособности (в среднем до 1,5 месяцев) за 2000г. составили 1,4 млрд.фунт.стерл., промышленность потеряла 3,8 млрд.фунт.стерл. из-за отсутствия больных на работе. Нет основания считать, что в России ситуация более благоприятна.

До 1998 года в нашей стране отсутствовала единая система организации помощи больным с вертеброгенными заболеваниями нервной системы.

Приказами МЗ РФ № 337 от 10.12.97г. и №39 от 10.02.98г. в номенклатуру медицинских и провизорских специальностей была введена специальность «мануальная терапия». В приказах определены должностные требования к врачу - мануальному терапевту, и утверждена унифицированная программа обучения сроком на 4,5 мес. Подготовка мануальных терапевтов осуществляется путем переподготовки врачей - неврологов и ортопедов-травматологов. Согласно приказу, мануальный терапевт обязан владеть дифференциальной диагностикой вертеброгенных заболеваний нервной системы с другими нозологическими формами заболеваний, методами медикаментозной терапии, в том числе практикой медикаментозных блокад, методами диагностики ортопедического статуса и выявления функциональных ограничений пассивной подвижности в позвоночнике - функциональных блокад - основы анатомического субстрата патологии позвоночника и мануальной терапией для их ликвидации.

Приказом №39 МЗ РФ создана головная организация по диагностике и лечению вертеброгенных заболеваний нервной системы - Центр мануальной терапии Минздрава России, и определена необходимая численность мануальных терапевтов: 1 мануальный терапевт на 15000 населения.

С 1983 года начата подготовка врачей мануальных терапевтов кафедрами усовершенствования врачей и ГИДУВов. За этот период уже подготовлено более 15000 специалистов. Укомплектованность по Москве составляет около 600 мануальных терапевтов, по Московской области -250, в Санкт-Петербурге - около 300 специалистов. По России недоукомплектованность выявляется больше всего в небольших городах и селах.

За эти годы Центром мануальной терапии Минздрава России пролечено 97626 больных с вертеброгенными заболеваниями нервной системы, 85227 человек (87,3 %) возвращены к труду. Средняя посещаемость Центра - 550-600 посещений в день. С 1990 года Центр посетило около одного миллиона человек.

Вместе с тем, существующая система оказания медицинской помощи больным с вертеброгенными заболеваниями нервной системы не обеспечивает потребности населения в ней. Учитывая практический опыт, накопленный Центром мануальной терапии Минздрава России с 1997 года, более квалифицированная помощь оказывается в отделениях и Центрах, где имеется достаточный штат мануальных терапевтов и специализированная аппаратура для диагностических обследований. На основании этого был подготовлен приказ МЗ РФ № 337 от 6.06.2001 года о внесении в номенклатуру лечебных амбулаторно-поликлинических учреждений Центров мануальной терапии: районных, окружных, городских и областных. Такой Центр мануальной терапии создан в г. Обнинске. Планируется создание подобных центров в гг. Калуге, Иванове, Владимире, Новосибирске, Кемерово, Ростове-на-Дону, Санкт-Петербурге, Ярославле.

По данным статистики Центра мануальной терапии Минздрава России выявлены серьезные недостатки в организации медицинской помощи больным с вертеброгенными заболеваниями нервной системы, свидетельствующие об отсутствии системы этапного лечения. Средний срок лечения подавляющего большинства больных в лечебно-профилактических учреждениях до их обращения в Центр составил свыше 2-х лет. 24 % больным был снят диагноз вертеброгенного заболевания в связи с наличием опухолей, полинейропатий, демиелинизирующих болезней и др. Методы лечения, применяемые неврологами и терапевтами - недифференцированные, часто с применением противопоказанной больным физиотерапии, особенно в стационарах, без включения в комплекс более эффективных методов - мануальной терапии и иглорефлексотерапии. Недостаточно проводится санпросветработа об эффективности методов мануальной терапии. До 40 % больных попадают в Центр по информации родственников, соседей, друзей и др. Такие же недостатки, безусловно, имеются во многих регионах Российской Федерации. Ослаблен контроль над организацией системы этапной помощи этой категории больных. Нет срочного направления больного к специалисту, что обуславливает огромные экономические потери, так как увеличивает сроки лечения.

Но, несмотря на трудности, служба мануальной терапии в России быстро и стремительно развивается, особенно по сравнению с другими странами. Неуклонно растет число мануальных терапевтов в России. Готовится коллегия Минздрава по вертеброгенным заболеваниям. Надеюсь, что II съезд мануальных терапевтов России поможет решить поставленные вопросы и внести свой вклад в подготовку приказа министра для улучшения службы мануальных терапевтов в России.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РОССИИ

Л.Ф. Васильева

Российский государственный медицинский университет

Мануальная терапия в России находится на этапе разделения её на отдельные составляющие и превращения в интегральную науку.

Для того, чтобы успешно пройти этот этап, необходимо осветить основные причины возникшего разделения на вертебральную, висцеральную, кранио-сакральную терапию, остеопатию, прикладную кинезиологию и т.д.

Причины заключаются в определении основных понятий для каждого из направлений:

- **Предмет воздействия.**
- **Методы диагностики.**
- **Методы терапии.**

С наших позиций мануальная терапия, как метод механического воздействия на организм пациента при помощи рук врача имеет достаточно определенные обозначения данных направлений.

Предмет воздействия - патобиомеханические изменения мышечно-скелетной системы (Коган О.Г., 1986).

Методы диагностики - пальпаторная оценка нарушения подвижности сочленяемых структур

Методы терапии - восстановление нарушенной подвижности посредством ручного воздействия.

И это определение применимо для каждого из направлений мануальной терапии. Только уточняется предмет воздействия, и детализируются методы диагностики и терапии.

1. ВЕРТЕБРАЛЬНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Предмет воздействия - нарушение подвижности позвоночных двигательных сегментов, сочленений таза и суставов конечностей.

Методы диагностики - оценка нарушения активного и пассивного движения.

Методы терапии - мобилизация, манипуляция.

2. МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Предмет воздействия - тонусно-силовой дисбаланс мышц, фасций.

Методы диагностики - ограничение взаимоскольжения, пассивного растяжения.

Методы терапии - техники расслабления.

3. НЕОПТИМАЛЬНЫЙ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ СТЕРЕОТИП

Предмет воздействия - неоптимальная статика и динамика, регионарный постуральный дисбаланс мышц, атипичный моторный паттерн.

4. КРАНИО-САКРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Предмет воздействия - нарушение подвижности костей черепа и таза и растяжимости твердой мозговой оболочки.

5. ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Предмет воздействия - нарушение подвижности и спазм внутренних органов.

Что же заставляет эти направления объединяться? То, что они объединены друг с другом функциональными ассоциативными и топографическими связями, компенсируя несостоятельность одной системы перегрузкой другой. (Например, функциональные блоки позвоночных двигательных сегментов в местах прикрепления укороченных мышц; нефроптоз, приводящий к расслаблению пояснично-подвздошной мышцы, являющейся её ложем. Расслабление данной мышцы, в свою очередь, вызывает компенсаторное укорочение мышцы-квадратной мышцы поясницы и формирование функциональных блоков поясничного отдела позвоночника в местах её прикрепления). Принципиально важным является то, что клинически манифестирует именно последнее звено в построенной организмом компенсаторной цепи, вследствие истощения резервных возможностей. Наиболее часто это укорочение мышцы, компримирующие прилежащие сосуды и нервы.

Таким образом, выделение какого-либо из направлений мануальной терапии - это утраченная способность диагностики всех возможностей построения компенсаторных цепей, а значит и воздействие методом мануальной терапии не на причину, а на одну из компенсаций.

С этих позиций выделение кранио-сакральной, висцеральной, мышечно-фасциальной мануальной терапии и остеопатию не имеет логического смысла. А выделение вертеброневрологии незаслуженно принижает значение висцеро-моторных рефлексов и других функциональных взаимосвязей, хотя они играют не меньшую роль в генезе болевых мышечных синдромов.

Почему же выделена в отдельное направление прикладная кинезиология, предметом которой собственно и является диагностика функциональных цепей между отдельными системами организма? Это связано с тем, что, производя мануальное тестирование расслабленных мышц, врач выявляет причины формирования их гипотонуса не только на механическом уровне, но и на химическом, канально-меридианном и эмоциональном. Таким образом, врач, владеющий прикладной кинезиологией, воздаёт должное каждому из направлений традиционной медицины, не умаляя значения мануальной терапии.

Несомненно, что необходимость овладения таким большим объёмом навыков требует многолетней подготовки специалиста. С чего её лучше начать?

Нам представляется целесообразным, что подготовку специалиста по мануальной терапии необходимо начать:

- А С изучения взаимосвязи функциональных систем организма. С того, что так или иначе отличает функциональные изменения мышечно-скелетной системы от органических: топографических (взаимовлияние прилежащих органов и систем), ассоциативных (основанных на функциональных взаимовлияниях мышц-внутренних органов-меридианов-позвоночных двигательных органов-костей черепа), неврологических, сосудистых (единство кровоснабжения и иннервации), биомеханических (участие в моторных паттернах в виде различных мышечных групп) и др.;
- Б С умения построить как клинический, так и патобиомеханический диагноз заболевания пациента. Эта градация важна в связи с тем, что клинический диагноз (отражающий локализацию боли, степень неврологического или сосудистого дефицита, гипофункцию внутренних органов или асимметрию натяжения твердой мозговой оболочки) - окончание цепи компенсаторных процессов в организме. В то время как патобиомеханический диагноз - это тот клубок компенсаторных цепей, в которых и следует научиться разбираться врачу мануальному терапевту. Переходя от одного направления мануальной диагностики к другому, врач может выявить наиболее глубоко расположенные функциональные изменения. Эти изменения могут локализоваться в различных системах организма (в кранио-сакральной, висцеральной, вертебральной системе). Даже, если врач не владеет сразу всеми направлениями мануальной терапии, он сможет определить показания и противопоказания каждого из указанных методов мануальной терапии.

Только в этом случае потеряет актуальность обоснование приоритетности одного или нескольких направлений мануальной терапии, и она, наконец, станет интегративной врачебной дисциплиной.

О НЕОБХОДИМОСТИ ВВЕДЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЯ»

Ф. А. Хабиров

**Республиканская клиническая больница восстановительного лечения МЗ РТ,
кафедра вертеброневрологии и мануальной терапии
Казанской государственной медицинской академии, г.Казань**

Хронически рецидивирующее течение, длительная временная нетрудоспособность, частая инвалидизация и широкая распространенность вертеброгенных заболеваний нервной системы среди экономически активного населения обеспечивают им высокую медико-социальную значимость. Несмотря на успехи отечественной науки в изучении диагностики и лечении данной патологии, в практическом здравоохранении остается много нерешенных вопросов по организации специализированной вертеброневрологической помощи. Открытие кабинетов мануальной терапии и введение специальности «мануальная терапия» в номенклатуру врачебных должностей согласно Приказу МЗ РФ № 365 от 10.12.97г., к сожалению, в полной мере не решили вопроса развития вертеброневрологической помощи. На наш взгляд, это связано прежде всего с тем, что мануальная терапия является лишь одним из многих методов лечения сложных вертеброневрологических синдромов. Врач, оказывающий помощь больным остеохондрозом позвоночника, должен иметь более широкую профессиональную подготовку и владеть всеми современными методами лечения, включая медикаментозное лечение, физиотерапию, ЛФК, мануальную терапию, рефлексотерапию и т.д. К тому же диагностика вертеброневрологических синдромов часто бывает очень сложна и требует проведения дифференциальной диагностики с различной, прежде всего неврологической патологией, то есть врач должен иметь хорошую базовую подготовку и клинический опыт в неврологии.

При создании вертеброневрологической помощи в Республике Татарстан, мы столкнулись прежде всего с проблемой формирования штатов. Это обусловлено тем, что во всех лечебно-профилактических учреждениях есть только штатная единица врача невролога с соответствующей функциональной нагрузкой. Однако, специалистам, занимающимся многие годы вертеброневрологией, очевидно, что для оказания квалифицированной помощи больному остеохондрозом, необходимо работать с ним индивидуально, а это требует значительно большего времени, чем выделено в настоящее время неврологу.

Поэтому мы считаем, что первым шагом на пути создания специализированной высококвалифицированной помощи больным с вертеброгенными заболеваниями нервной системы, должно стать введение в номенклатуру врачебных специальностей специальности «вертеброневрология».

Опыт работы терапевтической службы, из которой постепенно выделялись специальности «кардиология», «ревматология», «пульмонология» и т.д., показал, что этот путь оптимален, так как позволяет создать организационную структуру, которая по функциональным нагрузкам, профессиональной подготовке медицинского персонала, материально - техническому обеспечению соответствует современному уровню медицинской помощи больным.

НОВЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ВЛИЯНИЕ ТЕХНИК МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА КОЛЕБАТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ОРГАНИЗМЕ

А.Ф. Беляев

**Владивостокский государственный медицинский университет,
кафедра восстановительной и мануальной медицины;
Приморский краевой институт вертеброневрологии и мануальной медицины, г. Владивосток**

Одной из важных задач современной мануальной медицины является раскрытие механизмов лечебно-го действия процедур. Исходя из этого, целью работы явилось изучение влияния остеопатических мышечно-энергетических техник (МЭТ) на колебательные процессы в организме больных с шейными вертеброгенными болевыми синдромами (ВБС).

В качестве маркеров были использованы колебательные процессы ритма сердца, изученные с помощью спектрального анализа сердечного ритма (САРС), и позволяющие оценить состояние одной из ведущих регуляторных систем организма - вегетативной нервной системы [Вейн А.М., 1996; Vaile J.C., 1998]. САРС изучали непараметрическим методом быстрого преобразования по Фурье с помощью аппаратно-программного комплекса [Рифтин А.Д., Гельцер Б.И., 1993]. Оценивали тотальную мощность (ТР), очень низкочастотные волны (VLF), низкочастотные волны (LF) и высокочастотные волны (HF). Относительный вклад каждой колебательной составляющей в общую мощность спектра оценивали по Н.Б. Хаспековой [1996]. Обработку данных проводили с помощью Microsoft Excel 7,0 и пакета прикладных программ «Statgraf.2» и «Statistica».

Проведенные исследования (47 больных с клинически значимыми шейными ВБС) показали, что наиболее частой патобиомеханической ситуацией была локальная гипермобильность в сегментах $C_{III} - C_{VI}$, особенно часто $C_{IV} - C_V$ (30% всех наблюдений). В головных суставах ($0 - C_I$ и $C_I - C_{II}$) в 90% случаев наблюдались функциональные блоки (дисфункции) ротационного характера в $C_I - C_{II}$ и трехплоскостного в $0 - C_I$ (по нашим наблюдениям чаще слева с разгибательным положением затылка и ограничением движения во флексию, латерофлексию направо и ротацию налево).

У больных с шейными ВБС наблюдался наиболее напряженный вегетативный баланс с относительной симпатикотонией ($LF^2 / HF^2 = 2,22 \pm 0,11$ при $p < 0,05$) и активацией эрготропных систем ($VLF^2 / HF^2 = 2,62 \pm 0,17$ при $p < 0,05$). Мультифакторный анализ изменения основных показателей САРС (мощности волн, симпатико-парасимпатических взаимоотношений, индекса централизации) в зависимости от уровня неоптимальности двигательного стереотипа выявил достоверное (p от $< 0,05$ до $< 0,01$) его ухудшение при III степени. В процессе мануального лечения наблюдалась достоверная (p от $< 0,05$ до $< 0,01$) нормализация показателей САРС, особенно мощности VLF-волн.

Таким образом, мышечно-энергетические техники, восстанавливая биомеханические процессы в шейном отделе позвоночника, оказывают выраженное нормализующее влияние на колебательные процессы и восстанавливают вегетативную регуляцию организма. Это раскрывает механизм лечебного действия процедур, что позволяет совершенствовать методики лечения, разрабатывать новые методические подходы, проводить дифференцированное лечение, соответствующее индивидуальному уровню регуляторных процессов, следуя основному правилу: «Лечить больного, а не болезнь».

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕФЛЕКТОРНЫХ И КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

В.В. Беляков, А.Б. Ситель*, И.Н. Шарапов, Н.П. Елисеев, З.Р. Гуров

Поликлиника «Центр реабилитации» г. Обнинск

***Центр мануальной терапии Минздрава России, г. Москва**

Остеохондроз позвоночника является сложным полифакториальным и полисиндромальным заболеванием как по патогенезу, так и по клиническим проявлениям [1, 2, 4, 6, 7]. В частности, недостаточно изученным представляется вопрос о роли функциональных и структурных нарушений в генезе рефлекторных и компрессионных синдромов остеохондроза позвоночника. Так по данным МРТ известно, что не всегда величина грыжевого выпячивания соответствует выраженности клинических проявлений компрессии нервных корешков, а в ряде случаев (13,8%) имеется и диссоциация между ними [3].

Нами было проведено комплексное исследование, **целью** которого являлось: изучение функционального состояния корешковых структур и морфологических изменений на границе диска и позвоночного канала и их влияния на особенности клинической картины у больных рефлекторными и компрессионными синдромами остеохондроза позвоночника.

Было обследовано 150 больных с клиническими синдромами поясничного (100 пациентов) и шейного (50 пациентов) остеохондроза, 20 здоровых испытуемых составили контрольную группу. На основании клинического анализа пациенты с неврологическими проявлениями шейного и поясничного остеохондроза были разделены на следующие группы: 1) рефлекторные синдромы шейного и поясничного уровня (цервикалгия, цервикобрахиалгия, люмбагия, люмбоишиалгия); 2) компрессионные радикулопатии шейного и поясничного уровня.

Комплекс исследований включал оценку неврологического и ортопедического статуса (Ситель, 1991); ультрасонографическое исследование позвоночного канала на уровне пораженных межпозвонковых дисков (УСГ МПД) в В-режиме и цветовое доплеровское картирование в режиме энергетического доплера; электронейромиографическое исследование с оценкой показателей периферического М-ответа (СРВ, амплитуда М-ответа) и F-волны для диагностики функционального состояния корешкового сегмента и периферического аксона, что позволяет оценить вклад поражения тех или иных образований периферического нейромоторного аппарата в клиническую картину заболевания [8].

Нейрофизиологические исследования проводились на аппарате «Нейромиовок» фирмы МБН, г. Москва. Для ультразвуковых исследований использовались диагностические комплексы «Aloka SSD - 1700» и «Acuson / Aspena». Выявленные патологические изменения верифицировались при компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

Как следует из результатов исследования, весьма большое значение в механизме формирования диско-радикулярного конфликта имеет состояние кровотока в венах эпидурального сплетения. Ведущим фактором формирования компрессирующей структуры является не размер грыжевого выпячивания, а развитие стаза в указанных венах на уровне поражения. При этом часто обнаруживается отек корешка и застойные явления в сопровождающих венах, расположенных то экстра-, то интрадурально в корешковой манжетке, т.е. происходит формирование туннельной невралгии корешкового нерва. При ЭНМГ исследовании это проявляется признаками сегментарной демиелинизации (миелинопатии) в случае рефлекторных синдромов и миелино-аксонопатии, более характерной для компрессионных синдромов. Более глубокая ишемия корешка с формированием поражения осевого цилиндра происходит при блокаде сосудистых коллатералей в условиях нарушенных диско-радикулярных соотношений [5]. Следует заметить, что нарушения эпидурального кровотока как при рефлекторных, так и компрессионных проявлениях нами были выявлены только в стадии клинической манифестации, при этом необходимым условием являлось нарушение целостности фиброзного кольца. В стадии клинической ремиссии, а также при фибротизации МПД нарушений эпидурального кровотока не выявлялось.

Таким образом, проведенное исследование показывает значимость изучения функционального состояния корешковых структур и морфологических изменений на границе диска и позвоночного канала. Поскольку процессы, одинаково проявляющиеся клинически, такие как протрузия межпозвонкового диска, разрыв фиброзного кольца с развитием эпидурита в прилежащей клетчатке, грыжа диска, требуют различных подходов к выбору тактики лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антонов И.П., Шанько Г.Г. Поясничные боли. - Минск, 1981.- 127 с.
2. Антонов И.П., Недзведь Г.К., Ивашина Е.Н. и др. К патогенезу неврологических проявлений поясничного остеохондроза // Клиника, лечение и профилактика заболеваний нервной системы. - Казань, 1988. - С.65-70.
3. Васильев П.П., Шмырев В.И. Клинико-магнитно-резонансные соотношения при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника // Клин. вертебрология. Сборн. материалов Моск. мануалогического об-ва. - М., 1996. - Вып.1.- С.81-84.
4. Лобзин Ю.А. К эпидемиологии нейрогенных болевых синдромов в г. Саратове. - Саратов, 1989. - С. 43-47.
5. Попелянский Я.Ю., Ибатуллин М.М. Радикулярный инсульт.-Неврологический вестник, 1993, Том 25, вып. 1-2.
6. Скоромец А. А., Скоромец Т. А., Шумилина А. П. Остеохондроз дисков: новые взгляды на патогенез неврологических синдромов // Неврологический журнал. - 1997. - № 6. - С. 53 - 55.
7. Юмашев Г.С.,Фурман М.Е. Остеохондрозы позвоночника.-М.:Медицина,1984.
8. Eisen A., Schomer D., Melmed C. The application of F-wave measurements in the differetiation of proximal and distal upper limb entrapments // Neurology (Minneapolis). -1977.-V27.- P.662-668.

СПОНДИЛОГЕННАЯ КРАНИАЛГИЯ

Д.А. Болотов, А.Б. Ситель
Центр мануальной терапии МЗ РФ, г. Москва

Головная боль - одна из наиболее частых жалоб, с которой обращаются больные к врачу любой специальности. Несмотря на многообразие форм головных болей, в настоящее время наиболее распространенными считаются следующие теории патогенеза: 1) сосудисто-нейрогенная, 2) тригемино-васкулярная, 3) биохимическая, 4) вегетативно-эндокринная, 5) психическая. В каждом конкретном случае головной боли присутствует несколько патогенетических составляющих, но преобладает какая-то одна, что и является основой для назначения адекватной терапии. Дальнейшие исследования показывают приблизительно сходный характер нейрогуморальных расстройств при любых механизмах возникновения головной боли. (М.Н.Пузин,1990; Sweet,1985; Talacko,1988; Hallitay,1989 и др.).

В последние десятилетия возрастает интерес к спондилогенной головной боли. В 1983г. Sjaastad объявил ее «вызовом» нашего времени, указал на преобладание спондилогенной головной боли над другими типами. По данным исследований ЦМТ МЗ РФ за последние 5 лет, доля больных со спондилогенными краниалгиями в общей массе больных, обратившихся с жалобами на головную боль, составляет 82% (А.Б.Ситель, 2000).

Особенностью начала спондилогенной головной боли является несоответствие выраженности клинических проявлений и изменений, выявляемых при рентгенологическом обследовании, так как первые жалобы могут возникать уже при функциональных нарушениях в позвоночнике. Наблюдаемое в этой стадии раздражение симпатического синуввертебрального нерва Люшка, приводит к вторичным миогенным реакциям, а анатомические изменения выявляются намного позже (Olesen J.1989; Heуск H.1982).

Патологической основой миогенной боли является контракильный механизм. Сенсо-моторная система локального мышечного гипертонуса приобретает черты генератора патологически усиленного возбуждения (Г.Н.Крыжановский,1997). А он в свою очередь способен навязать свою активность не только отдельной мышце, но и целому региону, вплоть до всей мускулатуры локомоторного аппарата. Следующий этап - это искажение проприорецепции с участка гипертонуса с последующей измененной афферентацией регулирующих релейных образований как сегментарного аппарата спинного мозга, так и супрасегментарных структур головного мозга. Это приводит к перестройке нормально-двигательного стереотипа в патологический, включая возникновение мышечно-фасциально-связочного синдрома (Г.А.Иваничев,2001). Этому сопутствует и определенный психо-вегетативный симптомокомплекс (А.М.-Вейн,1999). При появлении анатомических изменений раздражение сплетения позвоночной артерии приводит к возникновению синдрома «шейной мигрени». Надо иметь ввиду возможность возникновения спондилогенной головной боли на фоне нарушенного венозного оттока при компрессии вен в позвоночном канале, а также при компрессии первых трех чувствительных шейных корешков, участвующих в проведении боли совместно с чувствительными черепно-мозговыми нервами (5,7,9,10) (А.М.Вейн,1994).

Экспериментальные исследования свидетельствуют, что обязательным условием для проявления болевого синдрома является формирование патологической активности в сомато-сенсорной коре большого мозга и вовлечение ее в патологическую алгическую систему. Согласно имеющимся представлениям, соматосенсорная область коры оказы-

ваает существенное влияние на механизмы фронто-ретикулярного звена регуляции афферентных потоков разных по модальности сенсорных сигналов (особенно с области ядер тройничного нерва и трех верхнешейных сегментов спинного мозга), приходящих в кору большого мозга (А.А.Крыжановский, В.К.Решетняк, 1993).

Исходя из вышеизложенного, представляет интерес изучение особенностей распространения афферентных потоков при спондилогенной краниалгии и механизмов опосредованного через тригеминально-сосудистую систему влияния на центральные антиноцицептивные структуры при воздействии на область височно-нижнечелюстного сустава и первых трех позвоночно-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника (Anthony M, 2000).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОДИНАКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ БОЛЕВЫХ МЫШЕЧНЫХ СИНДРОМОВ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Л.Ф. Васильева

Российский государственный медицинский университет

Болевые мышечные синдромы как следствие тонусно - силового дисбаланса могут быть клинической манифестацией дисфункции различных систем организма. В то же время отсутствие точных дифференциально-диагностических критериев между функциональными нарушениями различных структур приводит к тому, что мануальный терапевт пытается оказать воздействие на сами клинические проявления без устранения причин их вызвавших.

Для разработки дифференциально-диагностических критериев патобиомеханических изменений различной локализации, клинически манифестирующих болевыми мышечными синдромами одинаковой локализации, проведено исследование 300 пациентов с болевыми мышечными синдромами в области плечевого пояса. На основании молес-тио - анамнестической характеристики, мануальной диагностики, электромиографической оценки последовательности включения мышц в движение, визуальной диагностики неоптимальности статики и динамики, пациенты были разделены на несколько групп.

Ориентиром для отбора в группы являлись пациенты, у которых боль локализовалась в различных мышцах, прикрепляющихся к плечевому суставу, сопровождаемая их укорочением и ограничением движения в суставе в направлении их растяжения.

Особое внимание обращает на себя провокация болевых синдромов. По преобладающему провоцирующему фактору пациенты были разделены на 5 групп. У 1-й группы пациентов (25%) - боль в плечевом суставе провоцировалась движением в плечевом суставе, при этом у большинства боль возникала через 20 мин. после начала движения. У второй группы (25%) - боль провоцировала ходьба, у 3-ей (20%) - прием пищи, у 4-ой (15%) - эмоциональное напряжение, 5 группа (15%) просыпалась с 1 до 3 час. ночи от онемения пальцев и боли в плечевом суставе.

У пациентов первой группы при мышечном тестировании [Goodheart G., 1999] не выявлены функционально слабые мышцы, однако после проведения провоцирующей пробы (многократное повторение движения до появления ощущения боли) все мышцы, окружающие сустав, функционально ослаблялись [Shafer J., 1994], при механическом раздражении капсулы сустава и суставной губы функциональная слабость мышц устранялась и уменьшалась выраженность болевого синдрома.

Таким образом, причиной болевого синдрома для этой группы пациентов являлся функциональный блок плечевого сустава связочного генеза, преимущественно с ущемлением суставной губы [Shafer J., 1994].

У второй группы пациентов также диагностировалась нормальная сила мышц, как в среднем положении, так и при ходьбе в период возникновения болевого ощущения в плечевом суставе. При визуальной диагностике оптимальности динамики [Васильева Л.Ф., 1999] у пациента отмечено ограничение движения в тазобедренном суставе с противоположной стороны. При пальпации связочный аппарат тазобедренного сустава оказался резко болезненным, ритмическая мобилизация напряженных и болезненных лобково-бедренных и седалищно-бедренных связок [Shafer J., 1994] приводила к восстановлению подвижности тазобедренного сустава и устранению болевых ощущений в противоположном плечевом суставе.

Таким образом, причиной болевого синдрома в плечевом суставе оказалась сниженная афферентация с противоположного тазобедренного сустава [Shafer J., 1994].

Для пациентов 3-й группы при тестировании мышц, окружающих сустав, также не выявлено признаков функциональной слабости. При пальпации боль локализовалась преимущественно в месте прикрепления длинной головки двуглавой мышцы. Как известно, это место отраженной боли от толстого кишечника [Goodheart G., 1999]. При провокации илеоцекального клапана интенсивность боли изменялась.

Таким образом, болевой синдром в плечевом суставе оказался проявлением висцеро-моторных рефлексов [Могендович М.Р., 1956], отраженной болью от толстого кишечника.

Для пациентов 4-й группы провоцирующим фактором являлась стрессовая ситуация. Цепи функциональных изменений у этой группы пациентов оказались сложнее. При тестировании у них выявлена функциональная слабость дельтовидной и надостной, что свидетельствует о возможной компрессии нерва С4-5. [Попелянский Я.Ю., 1966]. Для подтверждения этой гипотезы пациент производил латерофлексию шеи. Устранение функциональной слабости мышц плечевого сустава при движении шеи свидетельствовало о патогенетической значимости патобиомеханики шейного отдела позвоночника [Shafer J., 1994]. При этом определено наличие функциональных блоков в нижнешейном отделе позвоночника. При пальпации установлено укорочение реберно-плевральных связок с одноименной стороны и спазм грудобрюшной диафрагмы. Как известно, именно диафрагма своим спазмом реагирует на стрессовую ситуацию [Goodheart G., 1999]. Для подтверждения данной гипотезы проведена провокация растяжением диафрагмы [J.P.Barral, 1994], и вновь проведено тестирование функционально расслабленных мышц. При повторном тестировании функциональной слабости не выявлено, и выраженность болевого ощущения в плечевом суставе уменьшилась.

Таким образом, боль в плечевом суставе у данной группы пациентов связана со спазмом диафрагмы.

Для пациентов 5-й группы было характерно усиление боли ночью с 1 до 3 час., сопровождаемое онемением пальцев рук. Пальпаторно диагностировано напряжение и болезненность малой грудной мышцы, её пальпация сопровождалась усилением онемения пальцев. Это свидетельствует о синдроме малой грудной мышцы [Заславский Е.С., 1981]. При мышечном тестировании выявлена функциональная слабость большой грудной мышцы. Как известно, данная мышца имеет ассоциированные связи с печенью [Walter, 1988], а время активности меридиана печени - с часу до 3-х часов утра. [Shafer J., 1994]. Для выявления данной связи проведена механическая провокация связок печени [J.P.Barral, 1994]. При их раздражении у пациента уменьшилась боль и напряжение малой грудной мышцы, а при мышечном тестировании выявлено устранение функциональной слабости большой грудной мышцы.

Таким образом, болевой синдром в плечевом суставе и синдром малой грудной мышцы у данной группы пациентов связаны с дисфункцией печени [Shafer J., 1994].

Результаты исследования

На основании проведенных исследований только у 25% исследуемых пациентов боль в плечевом суставе была связана с дисфункцией самого плечевого сустава. В остальных случаях боль носила отраженный характер или была связана с наличием функциональной слабости мышц плечевого сустава и вторичным укорочением мышц. Именно поэтому медикаментозная терапия и физиолечение, направленные на плечевой сустав, и постизометрическая релаксация были малоэффективны.

Неспецифические болевые мышечные синдромы - клиническая манифестация функциональных нарушений организма (патохимических, патобиомеханических, патознергетических), образующих многочисленные связи друг с другом. Именно поэтому лечение данных пациентов в месте расположения боли не является патогенетически оправданным.

СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ АДАПТАЦИИ ПО ДАННЫМ ВАРИАЦИОННОЙ ПУЛЬСОМЕТРИИ У ЛИЦ С ШЕЙНЫМ ЧЕРЕПНЫМ СИНДРОМОМ

А. Ф. Галлямова, М. В. Машкин, Ю. О. Новиков
Кафедра мануальной терапии ИПО БГМУ, г. Уфа

Мануальная терапия, направленная на коррекцию биомеханических нарушений и снижение болевого синдрома у лиц с шейно-черепным синдромом, способствует также нормализации регуляторных процессов в результате положительного влияния на вертебробазилярную гемодинамику [1, 3].

Целью работы явилось изучение динамики показателей вариационной пульсометрии у больных с шейно-черепным синдромом в процессе лечения с применением мануальной терапии.

Под нашим наблюдением находилось 112 человек. Длительность заболевания составила от 1 года до 14 лет. 75% больных были в возрасте 30-50 лет, женщины составили 59,8%.

Обследование проводилось при помощи нейроортопедических, рентгенографических, реографических методов. Всем пациентам исследовали сосуды глазного дна, ряду больных проводили электроэнцефалографию.

При помощи угломерии оценивалась степень ограничения движений в шейном отделе позвоночника - флексии (Ф), экстензии (Э), ротации (Р), латерофлексии (ЛФ) с подсчетом коэффициента функционирования (КФ): $KФ = Ф + Э + Р + ЛФ$, который рассчитывался в баллах. Уровень порога болевой чувствительности определялся при помощи тензоальгометрии прибором оригинальной конструкции. Мышечный тонус оценивался при помощи оригинального миотонометра в условных единицах. Для оценки выраженности болевого синдрома использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ).

Исследовалась вариабельность сердечного ритма по коротким (5 минут) записям ЭКГ с оценкой по методу Баевского, а также частотно-временным анализом. Запись проводилась лежа для оценки вегетативного тонуса и стоя для оценки вегетативного обеспечения деятельности. При проведении ортостатической пробы оценивался индекс прироста очень низкочастотной составляющей спектра ритма сердца (VLF), отражающей степень активации церебральных эрготропных систем [2].

Для оценки уровня тревожности использовали тест М. Люшера, реактивной и личностной тревожности - тест Спилберга.

Лечение проводилось по разработанной программе, включавшей ортезирование, курсы медикаментозных блокад, лечение физическими факторами. На восстановительном этапе назначались специальные физические упражнения для формирования оптимального двигательного стереотипа. Кроме того, использовались современные методики мануальной терапии, такие как миофасциальный релиз, направленное противорастяжение, не прямые функциональные техники.

У всех пациентов выявлялись миофасциальные триггерные точки, наиболее часто в области коротких затылочных мышц, участков апоневротического шлема над швами черепа. Тензоальгометрия обнаруживала у всех пациентов снижение пороговой болевой чувствительности шовных областей. Средний уровень порога болевой чувствительности до лечения составил $10,3 \pm 0,5$. По данным миотонометрии у большинства больных определялось повышение мышечного тонуса второй степени - $1,73 \pm 0,1$ балла. Коэффициент функционирования составил $2,4 \pm 0,26$ балла. Болевой синдром по шкале ВАШ - $6,9 \pm 0,09$.

У всех больных были выявлены рентгеноморфологические изменения, такие как краевые костные разрастания (экзостозы), в том числе и унковертебральный артроз, субхондральный склероз, биомеханические нарушения в виде изменения конфигурации позвоночника в одном или нескольких сегментах.

У 82 (73,2%) больных отмечалось прогрессивное течение заболевания, у 24 (21,4%) - стабильное, у 6 (5,4%) - регрессивное. Частота рецидивов составила $2,8 \pm 0,1$ в год.

Вегетативные расстройства различной степени выраженности обнаруживались у всех больных. Средний балл выраженности СВД составил $48,7 \pm 0,7$.

Уровень тревожности по данным теста Люшера составил $4,4 \pm 0,3$. По шкале Спилберга личностная тревожность - $51,4 \pm 0,7$, ситуативная тревожность - $48,2 \pm 0,8$.

По данным РЭГ основные показатели составили в бассейне внутренних сонных артерий: РИ - $0,7 \pm 0,05$; ДИ - $96,9 \pm 1,2$; ДСИ - $97,4 \pm 1,1$; КА - $41,8 \pm 4,5$; в бассейне вертебробазилярных артерий: РИ - $0,4 \pm 0,03$; ДИ - $102,7 \pm 1,4$; ДСИ - $112,8 \pm 1,2$; КА - $69,1 \pm 9,8$; индекс ВБН - $2,3 \pm 0,1$.

Показатели РВГ составили в области плеча: РИ - $0,8 \pm 0,04$; ДИ - $86,4 \pm 2,8$; ДСИ - $88,7 \pm 2,8$; КА - $48,3 \pm 6,8$; области предплечий: РИ - $0,6 \pm 0,03$; ДИ - $87,1 \pm 2,4$; ДСИ - $91,3 \pm 2,5$; КА - $45,2 \pm 6,1$.

По данным вариационной пульсометрии больные разделились на три группы:

У 22 человек (19,6% - первая группа) показатели мало отличались от нормы и составили: ИН $128,4 \pm 4,2$; VLF $21,8 \pm 0,8$; LF $34,4 \pm 4,2$; HF $41,1 \pm 4,7$.

У 58 человек (51,8% - вторая группа) индекс напряжения (ИН) был высоким и составил $294,8 \pm 7,2$; при спектральном анализе превалировала очень низкочастотная составляющая VLF - $54,3 \pm 2,8$; низкочастотная и высокочастотная составляющая соответственно: LF - $24,4 \pm 2,4$; HF - $21,6 \pm 2,2$.

У 32 человек (28,6% - третья группа) они были снижены: ИН $14,8 \pm 2,3$; VLF $10,7 \pm 0,8$; LF $34,6 \pm 2,8$; HF $47,8 \pm 4,9$.

По данным ортостатической пробы у 24 человек (21,4%) вегетативное обеспечение было избыточное - $4,4 \pm 1,0$; у 81 (72,3%) - недостаточное - $0,97 \pm 0,1$; причем у 28 (25%) из них показатель в ортостазе снизился, лишь у 7 человек (6,31%) наблюдалось адекватное вегетативное обеспечение деятельности - $1,8 \pm 0,3$.

После проведенного комплексного лечения отмечалось достоверное снижение уровня болевого синдрома по шкале ВАШ до $2,4 \pm 0,1$ ($p < 0,01$), снижение мышечного тонуса до $0,26 \pm 0,1$ балла ($p < 0,01$). Средний уровень порога болевой чувствительности по данным тензоальгометрии повысился до $16,5 \pm 0,7$ условных единиц ($p < 0,01$). Коэффициент функционирования после лечения составил $0,9 \pm 0,1$ балла ($p < 0,01$). Уровень тревожности снизился по тесту Люшера до $2,2 \pm 0,4$ ($p < 0,01$), по шкале Спилберга личностная тревожность - до $36,6 \pm 0,8$ ($p < 0,01$), ситуативная - до $34,2 \pm 0,9$ ($p < 0,01$). Достоверно снизилась выраженность вегетативных расстройств до $34,6 \pm 1,4$ ($p < 0,01$).

По данным РЭГ отмечалась достоверная ($p < 0,01$) положительная динамика, отражающая повышение кровенаполнения и снижение сосудистого тонуса, которая сопровождалась улучшением реактивности сосудов по данным функциональных проб. В бассейне внутренних сонных артерий основные показатели составили: РИ - $1,5 \pm 0,05$; ДИ - $73,4 \pm 1,2$; ДСИ - $78,4 \pm 1,3$; КА - $15,8 \pm 3,4$; в бассейне вертебробазиллярных артерий: РИ - $0,9 \pm 0,03$; ДИ - $77,2 \pm 1,3$; ДСИ - $82,8 \pm 1,3$; КА - $16,1 \pm 1,8$; индекс ВБН - $0,7 \pm 0,1$.

Показатели РВГ составили в области плеча: РИ - $1,4 \pm 0,04$; ДИ - $72,1 \pm 1,9$; ДСИ - $76,2 \pm 1,8$; КА - $16,8 \pm 2,4$; области предплечий: РИ - $1,1 \pm 0,03$; ДИ - $72,6 \pm 1,6$; ДСИ - $76,7 \pm 1,4$; КА - $15,7 \pm 2,4$.

Динамика данных вариационной пульсометрии зависела от исходных нарушений. У всех больных с избыточным вегетативным обеспечением деятельности наблюдалось снижение вегетативного ответа до нормы - $1,4 \pm 0,1$ ($p < 0,05$), у больных с недостаточным обеспечением - повышение - $1,8 \pm 0,2$ ($p < 0,01$), а у больных с адекватным обеспечением показатели существенно не изменились - $1,6 \pm 0,2$ ($p > 0,05$).

При анализе исходных показателей в первой группе динамика в процессе лечения была минимальной и достоверных изменений показателей не выявлено: VLF - $22,7 \pm 2,8$ ($p > 0,05$); LF - $38,2 \pm 4,6$ ($p > 0,05$); HF - $35,4 \pm 4,6$ ($p > 0,05$); ИН - $139,4 \pm 4,6$ ($p > 0,05$).

Во второй группе отмечалось достоверное снижение ИН и VLF ($p < 0,01$), повышение LF ($p < 0,05$) и незначительное повышение HF ($p > 0,05$): VLF - $35,8 \pm 4,3$ ($p < 0,01$); LF - $36,7 \pm 4,6$ ($p < 0,05$); HF - $24,2 \pm 4,8$ ($p > 0,05$); ИН - $234,4 \pm 6,1$ ($p < 0,01$).

В третьей группе отмечалось достоверное повышение ИН и VLF ($p < 0,01$), снижение HF ($p < 0,05$) и некоторое повышение LF ($p > 0,05$): VLF - $26,4 \pm 4,7$; LF - $38,4 \pm 6,4$; HF - $32,2 \pm 5,7$; ИН - $34,8 \pm 3,6$.

Таким образом, применение мануальной терапии у лиц с шейными болевыми синдромами наряду с коррекцией биомеханических нарушений способствует снижению психо вегетативных проявлений и повышению регуляторных возможностей организма, что находит свое отражение в динамике показателей вариационной пульсометрии, психологических тестов и результатов анкетирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика. / Под ред. А. М. Вей-на. - М.: Медицинское информационное агентство, 1998. - 752 с.
2. Хаспекова Н. Б. Регуляция вариативности ритма сердца у здоровых и больных с психогенной и органической патологией мозга: Дисс. ... д.м.н. - М., ИВНД и НФ РАН. 1996. - 217 с.
3. Шейные болевые синдромы. / Новиков Ю. О., Галлямова А. Ф., Машкин М. В. и др. Уфа: Здравоохранение Башкортостана, 2002. - 84 с.

ВЛИЯНИЕ КРАНИАЛЬНОЙ МАНУАЛЬНОЙ АКУПРЕССУРЫ НА ЭКСТЕРОЦЕПТИВНЫЕ РЕФЛЕКТОРНЫЕ ЭМГ-РЕАКЦИИ M.TRAPEZIUS

А.В. Гнездилов, А.В. Сыровегин, О.И. Загоруйко, Л.А. Медведева, А.В. Чусов
Российский научный центр хирургии РАМН, г. Москва

Экстероцептивные рефлексорные ЭМГ-реакции, регистрируемые в различных тонически активных мышцах, широко используются при изучении экспериментальных, фасциальных, головных и вертеброгенных болей (Schoenen, 1993; Гнездилов и др., 1996; Bendtsen et al., 1996). Правда, существуют противоречивые результаты исследований при использовании экстероцептивных ЭМГ-реакций жевательных мышц в контроле головных болей напряжения (ГБН). Недавно было обнаружено (Гнездилов и др., 2002), что периоды экстероцептивного торможения ES1 и ES2 (или T1 и T2, соответственно нашему обозначению) и периоды повышенной ЭМГ-разрядно-

сти (B1 и B2), характерные для жевательных мышц при электрической периоральной стимуляции, могут быть зарегистрированы и в *m.trapezius* в ответ на электрическую стимуляцию кожной поверхности vertex. Поскольку при ГБН в этой мышце наиболее часто выявляется повышенные тонус, твердость и болезненность, мы попытались оценить особенности ее экстероцептивных рефлекторных ЭМГ-реакций у пациентов с ГБН по сравнению со здоровыми людьми до, во время и после проведения мануальной акупрессуры активных точек и височно-мастоидальной области.

ЭМГ-реакции *m.trapezius* регистрировали в ответ на болезненную стимуляцию области вертекса (C'z-C''z) одиночными электрическими импульсами прямоугольной формы, длительностью 0.2 мс и силой 20-25 мА. Электрические стимулы подавали через стандартные биполярные стимулирующие электроды с интервалом 5 с. Запись ЭМГ осуществляли билатерально, с помощью поверхностных биполярных электродов с межэлектродным расстоянием 2.5 см, накладываемых, на верхнюю часть *m.trapezius*. Текущие ЭМГ сигналы получали при произвольном подъеме плеч на уровень горизонтальной линии, усиливая их в диапазоне пропускания частот 2-10000 Гц, с частотой опроса 2500 Гц. Рефлекторные ЭМГ-ответы выделяли путем усреднения 50 записей перевернутой «rectified» ЭМГ. Временные и амплитудные показатели периодов торможения и возбуждения определяли по методике, предложенной Bendesen et al., 1993. Записи проводили до (в фоне), во время 2-5 минут краниальной акупрессуры и через 2 минуты после ее завершения.

Как у здоровых людей, так и у пациентов с ГБН был выявлен одинаковый паттерн рефлекторных ЭМГ реакций *m.trapezius* при ноцицептивной стимуляции вертекса, характеризующийся периодами повышенной ЭМГ-разрядности и торможения (рис. 1). Начальные периоды торможения T1 были слабо заметны или вовсе не проявлялись, а сторонние различия были не существенны. У пациентов усредненная престоимая (фоновая) ЭМГ была почти вдвое больше, чем у здоровых лиц как до, так и после акупрессуры. В отдельных случаях у пациентов отмечали увеличение латентности B1 на 5-6 мс (в контроле 27.8±2.7) и укороченные длительности T2. До акупрессуры величины периодов B1, T2 и B2 относительно фоновой ЭМГ (до отметки стимуляции) у пациентов были на 10-25% более значительными, чем у здоровых лиц. Во время краниальной акупрессуры (более болезненной, чем ноцицептивная стимуляция вертекса) ЭМГ-реакции *m.trapezius* практически полностью подавлялись. После завершения акупрессуры величины всех периодов T и B у пациентов увеличивались почти вдвое. Подобная акупрессура активных точек фронтальной области не оказывала четкого подавляющего действия на ЭМГ-реакции *m.masseter*.

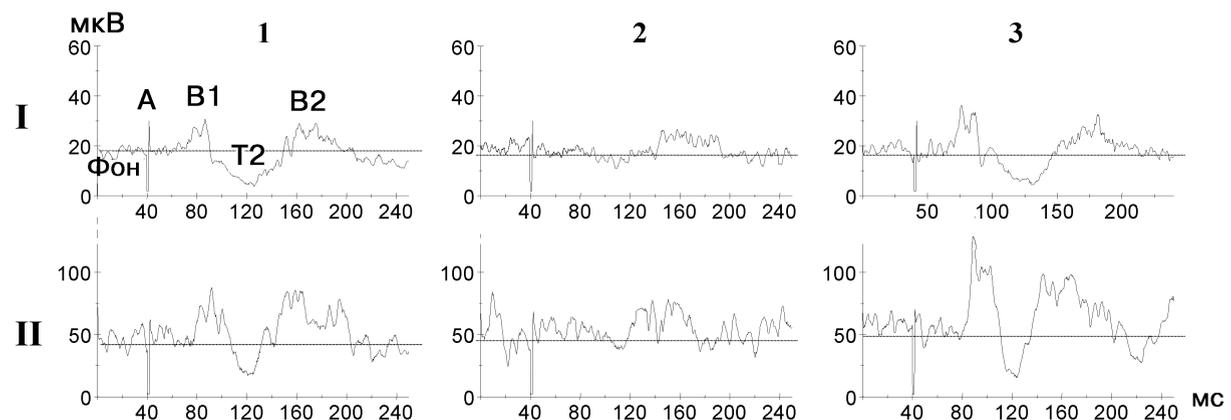


Рис. 1.

Усредненные по модулю ЭМГ реакции *m.trapezius* у здорового человека (I) и пациентки с ГБН (II) до (1), на 2-3-ей минуте мануальной акупрессуры рефлекторных точек височно-мастоидальной области (2) и через 2 минуты после его завершения (3).

A - артефакт стимуляции, Фон - уровень престоимой ЭМГ.

Таким образом, мануальная акупрессура рефлекторных точек височно-мастоидальной области, применяемая при терапии головных болей, приводит к временной блокаде нервной проводимости в рефлекторных путях, формирующих экстероцептивные ЭМГ реакции *m.trapezius* как у пациентов, так и у здоровых людей.

ВИДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ БЛОКОВ СУСТАВОВ КРАНИО-ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

А.И. Небожин
РМАПО, г. Москва

Особенности анатомии краниовертебральной области создают условия для формирования функциональных блоков (ФБ). Было обследовано 2 группы людей. В первую группу вошли 133 человека, проходивших диспансерный осмотр, во вторую - 254 с заболеваниями позвоночника и суставов конечностей. По половому и по возрастному составу обе группы были однородными. Исследование выявило ФБ у 312 (80,6%) из 387 человек в возрасте от 15 до 67 лет как в верхнем, так и в нижнем головном суставе. У 253 человек (81,1%) ФБ в верхнем и нижнем головных суставах были контралатеральными, у 59 (18,9%) - ипсилатеральными. ФБ краниовертебральной области имеют комбинированный характер и часто сочетают ротацию и экстензию, преимущественно возникают одновременно в верхнем и нижнем головном суставе. Биомеханические изменения в суставе Крювелье не возникают самостоятельно, а являются дополнительным элементом сложных ФБ нижнего головного сустава. Односторонние ФБ выявляются в 2,3 раза реже, чем двусторонние (30,4%). ФБ являются частью механизма компенсации постуральной установки головы, как органа оптико-вестибулярно-проприоцептивной афферентации.

Выводы:

- функциональные блоки являются неотъемлемой составляющей биологической локомоторной системы и обеспечивают статическую и динамическую структурную опорность биологическому объекту в процессе жизнедеятельности;
- у людей, у которых отсутствует изучаемая болезнь, функциональные блоки в краниовертебральной области выявляются в 65,4%, тогда как среди направленных на лечение в 88,6%, что достоверно чаще ($p < 0,05$);
- биомеханические нарушения краниовертебральной области имеют комбинированный характер и сочетают преимущественно ротацию и экстензию;
- функциональные блоки в парных суставах возникают одновременно с двух сторон в 2,3 раза чаще, чем с одной стороны;
- функциональные блоки краниовертебральной области преимущественно возникают одновременно в верхнем и нижнем головном суставе, в большинстве случаев гетеролатерально и являются частью механизма компенсации постуральной установки головы, как органа оптико-вестибулярно-проприоцептивной афферентации.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ И ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А.Ю. Нефедов, Е.В. Асфандиярова
Центр мануальной терапии МЗ РФ, г. Москва;
Кафедра анатомии человека Астраханской государственной медицинской академии, г. Астрахань

Исходя из того, что кровоток активно поддерживается стенками артерий и существует в виде упорядоченного закрученного потока, любое нарушение поддержания вращения систолической посылки крови становится причиной дисциркуляторных расстройств. Система обеспечения упорядоченного вращения крови, состоящая из кардиальной системы формирования систолического кванта крови, гуморального звена (НО-рецепция), вегетативного обеспечения и соединительно-тканых трабекулярных и мышечных структур при патологии приспособляется к новым условиям. Но диапазон этого приспособления узок. Одним из вариантов такого приспособления является образование функциональных деформаций ПА.

Любая артерия анатомически аналогична L-пружине (длина пружины много больше диаметра витков). Известно, что деформации такой пружины возникают при воздействии силы скручивания по ходу витков (1-й тип) и при воздействии сил скручивания против хода витков (2-й тип).

Локальное воздействие на ПА со стороны костного и мышечно-связочного аппарата шеи, а также протрузий и грыж межпозвоночных дисков приводит к локальному повышению тонуса, и образованию дефор-

маций 1-го типа. Длительное существование такой деформации приводит к гипотонии и возникновению деформаций 2-го типа.

Характерной особенностью любой такой деформации является то, что она не может активно поддерживать кровоток, и это приводит к дисциркуляции в вышележащих сегментах ПА. Интересным является тот факт, что развитие дистонии растянуто во времени, а формирование самой деформации происходит быстро, и разрешающим фактором часто становится механическое воздействие на пораженную артерию, например, поворот, наклон или запрокидывание головы, или же значительное адаптивное возрастание кровотока по ПА при утреннем пробуждении и попытке встать с постели.

Переходные процессы восстановления кровотока по ПА, определяемые УЗДГ после МТ, отражают процессы регресса деформаций ПА в одноименном канале.

Вывод.

В работе артерии представлены аналогами L-пружины. Сходство деформаций L-пружины и позвоночных артерий (ПА) позволяет предположить возникновение упругих деформаций в артериях, что является причиной нарушения кровотока и развития вертебрально-базилярной недостаточности.

ДИСКОГЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОСТРАНСТВЕННОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО СУБСТРАТА

С.В. Никонов

Центр мануальной терапии МЗ РФ, г. Москва

Основываясь на наших исследованиях и литературных данных по изучению патоморфологического процесса формирования компрессионных синдромов поясничного отдела позвоночника (КСПО), можно говорить о дискогенной болезни с ее стадиями, течением и лечением.

Целью данной работы является изучение этиопатогенетических факторов развития различных клинических проявлений заболевания в зависимости от пространственного расположения грыжевого выпячивания.

Нами наблюдалось 162 пациента с КСПО, из них мужчин - 85, женщин - 77. 85 из них (51%) были в наиболее трудоспособном возрасте - от 30 до 40 лет. В 96 случаях (59%) КСПО были обусловлены заднебоковыми грыжами межпозвонковых дисков (МПД), в 68 (41%) заднесрединными.

На каждом из этапов формирования грыжевого выпячивания лечебная тактика мануального терапевта должна быть специфически направленной на купирование не только болевого синдрома, но и на борьбу с асептическим воспалением и отеком прилежащих тканей.

В РЦМТ больным проводилось комплексное лечение с момента их обращения, включающее медикаментозное (аналгетики, противовоспалительные препараты, мочегонные с назначением препаратов калия; препараты, укрепляющие сосудистую стенку, антихолинэстеразные препараты), иглорефлексотерапию, лечебные и обезболивающие блокады как перидуральные, так и непосредственно пораженных корешков; собственно мануальное лечение. Курс мануальной терапии состоял из 8-10 сеансов, проводимых ежедневно. Повторные курсы назначались через 3-4 недели, затем через 1 мес., 2-3 мес. В последующем время лечения периодически повторяющимися курсами через 2-3 мес. растягивалось до фибротизации пораженного межпозвонкового диска (от 2 до 5-6 лет при 2-3 грыжах различных уровней).

При выраженном болевом синдроме больным вводились аналгетики внутримышечно, внутривенно, перидурально и эпидурально.

Было отмечено, что при медианных грыжах и их клинических проявлениях наиболее эффективными являлись перидуральные блокады на уровне поражения с введением раствора аналгетика и гидрокортизона. При обезболивании пациента с клиникой латеральной грыжи наиболее эффективным являлось введение местного аналгетика в область дугоотростчатых суставов на стороне поражения или в область межпозвонкового отверстия.

Учитывая трудности перестройки двигательного стереотипа человека, закодированного в долговременной памяти, для закрепления основной манипуляции и стабилизации нормальной кривизны позвоночника обязательно проводили еще 5-8 манипуляций на смежных и отдаленных отделах и сегментах позвоночника.

При исследовании объема активных движений у пролеченных больных ограничений выявлено не было. Но при исследовании пассивных движений выявлялось ограничение объема в нижнепоясничных сегментах. При этом функ-

цию движения берут на себя вышележащие отделы позвоночника. Формируется новый двигательный стереотип при нормальном объеме активных движений во всем поясничном отделе. В этих случаях считалось, что функция восстановлена.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что комплексная консервативная терапия больных с тяжелыми компрессионно-сосудистыми синдромами поясничного отдела позвоночника вполне успешна при **правильности и избирательности** ее проведения, а также **длительности** (от 1,5 мес. до 5 лет).

Основой консервативного лечения должна быть мануальная терапия, как воздействующая непосредственно на патоморфологический субстрат КСПО.

При лечении клинических проявлений медианных грыж МПД ПОП лечебными движениями мануальной терапии следует считать манипуляции на сгибание с дистракцией в пораженном сегменте. При этом натяжение задней продольной связки как бы втягивает грыжевое выпячивание в межпозвонковое пространство, отодвигая его от дурального мешка, нормализуя венозный отток и снимая ирритацию нерва Люшка (закон Гука).

Запрещенным направлением движения является наклон назад в ПОП, при котором грыжевое выпячивание сдавливается между сходящимися задними краями позвонков, усиливается давление на дуральный мешок.

Основной лечебной манипуляцией при лечении КСПО ПОП, обусловленного латеральной грыжей МПД является манипуляция на разгибание в пораженном сегменте с одновременным наклоном в сторону сколиоза и дистракцией. Достижимое при этом отрицательное давление в межпозвонковом пространстве втягивает грыжевое выпячивание. И, наоборот, при наклонах вперед грыжа выдавливается кзади, усиливая давление на сосудисто-нервный корешок. Следовательно, наклоны вперед - запрещенные движения.

Степень выраженности клинических проявлений грыж межпозвонковых дисков и восстановление нарушенных функций не имеет прямой зависимости от морфологического дефекта (величины грыжевого выпячивания). Следует принимать во внимание **относительное** сужение грыжей естественных костных отверстий (позвоночный канал, межпозвонковые отверстия - места выхода сосудисто-нервных корешков), а также степень подверженности отеку заднего заднедискового пространства (вегетативный фон; заболевания, влияющие на проницаемость сосудистой стенки и повышение венозного давления).

Лечение больных с тяжелыми КСПО следует начинать в остром периоде, комбинируя мануальную терапию с местным и проводниковым обезболиванием. Такой подход позволяет сократить длительность лечения и период восстановления нарушенных функций.

Было отмечено, что назначение массажа, тепловых и физиотерапевтических процедур в остром периоде клинических проявлений КСПО ведет к обострению заболевания, затрудняет и удлинняет лечение, неблагоприятно сказывается на восстановительном лечении и прогнозе заболевания. Вышеуказанные процедуры ведут к улучшению притока крови к пораженному сегменту, где отток уже затруднен вследствие патоморфологических изменений. Следовательно, усиливается отек заднедискового пространства, что увеличивает компрессию сосудисто-нервного корешка.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ И ДИАГНОСТИКЕ СКАЛЕНУС СИНДРОМА

С.Н. Расстригин

Центр мануальной терапии МЗ РФ, г. Москва

Одним из проявлений синдромов верхней апертуры грудной клетки является скаленус-синдром (СС). Патологической основой СС является компрессия подключичной артерии и ветвей плечевого сплетения в щели между передней и средней лестничными мышцами. Со времени описания СС более 70 лет назад Наффцигером, Коффи, Адсоном его клиническая и инструментальная оценка мало изменилась. Однако, развитие мануальной терапии требует новых клинических подходов к диагностике и лечению скаленус синдрома.

Трудности диагностики СС связаны, во-первых, с полиморфизмом его проявлений, во-вторых, с тем, что СС может протекать и как самостоятельное заболевание, и как симптом, входящий в сложные синдромы, например, при синдроме Барре-Льеу.

Разработанная в нашем центре методика диагностики СС методом ультразвуковой доплерографии позволяет оценить степень сосудистых нарушений. Характер изменений кровотока при контрлатеральном положении головы регистрируют объективно доплерографически, и по получаемой кривой определяют наличие и степени компрессии сосудистого пучка четырех степеней выраженности.

- 1 степень - повышение диастолической составляющей при сохранной систолической,
- 2-я степень - снижение систолической составляющей при сохранной диастолической,
- 3-я степень - исчезновение диастолической при сохранной систолической,
- 4-я степень - полное исчезновение сигнала кровотока.

Разработанная методика позволяет с высокой долей достоверности определить степень выраженности сосудистого компонента, косвенно судить о степени выраженности невралгической составляющей мионейроваскулярного конфликта.

Целью исследования было выявить корреляцию выраженности невралгического компонента СС (нейрофизиологическими методами) со степенью его ангиосоставляющей (данные УЗДГ БЦА и В).

С целью изучения влияния синдрома передней лестничной мышцы на состояние плечевого сплетения проводилась стимуляционная ЭНМГ.

Исследовалась скорость проведения импульса (СПИ) по проксимальным и дистальным отделам периферических нервов, с подсчетом различных коэффициентов асимметрии (кранио-каудального и латеро-латерального).

Обследовано 60 больных в возрасте от 15 до 65 лет, при УЗДГ БЦА и В, с обязательным проведением пробы с поворотом головы в сторону, контрлатеральную лоцируемой артерии. Выявлен феномен изменения амплитуды и формы доплеровского сигнала от лучевой артерии, соответствующий 1, 2, 3 степеням. Последующее проведение стимуляционной ЭНМГ показало, что при первой степени ангиосоставляющей СС нейрофизиологические показатели (НФП) находятся в пределах нормы или на её нижней границе. При второй степени у части больных НФП соответствовали нижней границе нормы или отмечалось локальное снижение скорости распространения возбуждения (СРВ) от надключичной области до подмышечной впадины. Третья степень СС характеризовалась снижением СРВ, возникновением блока проведения, снижением амплитуды М-ответа, признаками аксональной нейропатии.

Выявлено, что на фоне проводимого лечения методами МТ, отмечено быстрое (после 1-3 процедур) исчезновение доплерографических и нейрофизиологических скаленус-феноменов 1-й и 2-й степени. При третьей степени отмечался более стойкий сосудистый компонент (регистрируемый доплерографически), требующий увеличения числа процедур МТ. Даже после исчезновения доплерографического феномена СС нейрофизиологически отмечалось снижение СРВ, снижение амплитуды М-ответа, возникновение блока проведения и сохраняющиеся признаки аксональной нейропатии.

Таким образом, проведение доплерографических и нейрофизиологических методов исследований при СС позволяет не только оценить степень компрессии сосудисто-нервных образований и объективно документировать результаты проведенных проб, но и оценить эффективность лечения в динамике при проведении контрольных исследований, сопоставляя данные параклинических методик с клиническими проявлениями заболевания.

ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

А.Б. Ситель, М.А. Бахтадзе
 Центр мануальной терапии МЗ РФ, г. Москва

С анатомической и функциональной точек зрения выделяют 4 сегмента позвоночной артерии (ПА): V_1 - от подключичной артерии до поперечного отверстия C_{VII} , V_2 - от поперечного отверстия C_{VI} до C_{II} , V_3 - от поперечного отверстия C_{II} до твердой мозговой оболочки в области бокового затылочного отверстия, V_4 - до места слияния обеих позвоночных артерий в основную.

В работах Н.В. Верещагина и проведенных нами исследованиях показано, что в сегменте V_1 при повышенном артериальном давлении могут образовываться приобретенные патологические извитости ПА, которые по влиянию на локальную гемодинамику близки к стенозам. Причем чем больше выражена деформация, тем значительнее степень гемодинамических нарушений. До зоны деформации линейная скорость кровотока (ЛСК) снижается, в зоне деформации, в зависимости от ее формы и выраженности, отличаются различные изменения потока крови, чаще приводящие к возрастанию ЛСК (в случае изгиба), либо к появлению разнонаправленного турбулентного потока (в случае появления петель). За зоной деформации ЛСК сначала возрастает, затем снижается из-за наличия перфузионного дефицита, что объясняется выраженными энергетическими потерями внутри деформации. Характер влияния деформации артерии на системную гиподинамику в значительной степени зависит от уровня системного артериального давления. В отличие от стенозов деформации не приводят к развитию системных некомпенсированных гемодинамических форм вертебрально-базиллярной болезни (ВББ), однако клинические проявления деформаций полностью идентичны стенотическим проявлениям. Установлена линейная зависимость между частотой выявления артериальной гипертензии и

приобретенных деформаций ($r = 0,93$, $p < 0,002$), что подтверждает вторичный характер данных изменений, которые можно расценивать как проявление гипертонической полимакроангиопатии. В сегменте V_1 компремирующее воздействие на ПА при латеральном отхождении её устья может оказывать тонически напряженная передняя лестничная мышца.

Сегмент V_2 большинство исследователей считают наиболее значимым с точки зрения клинических проявлений ВББ. В сагиттальной плоскости ПА на отрезке V_2 расположена кпереди от межпозвонковых суставов параллельно верхним суставным отросткам, во фронтальной - параллельно боковым поверхностям тел позвонков с их полулунными отростками и унковертебральным суставом. По нашим данным, в этом сегменте при наклоне головы в сторону может иметь место сдавление ПА латеральными остеофитами длиной более 1,5 мм на стороне, противоположной наклону. Врожденное сужение отверстий канала в поперечных отростках до 4 x 4 мм, по данным исследований проведенных в Центре мануальной терапии (ЦМТ), могут быть причиной развития клинических проявлений ВББ. В редких случаях ПА может быть сдавлена латеральной межпозвонковой грыжей, а при гиперлордотическом варианте развития ШОП, который встречается в 6-8 % случаев, компрессия ПА может иметь место при разгибательном подвыихе по Ковачу.

По данным исследований, проведенных в ЦМТ, наиболее значимым по распространенности и тяжести клинических проявлений ВББ является сегмент V_3 , который начинается сразу после выхода из костного канала на уровне реберно- поперечных отростков II шейного позвонка.

Начальный отрезок ПА между C_{II} - C_I позвонками извитой, отклоняется кзади и кнаружи на 45° , образуя выпуклую кнаружи дугу с двумя резервными петлями, в результате чего при поворотах головы в сторону не должно происходить нарушений кровотока. Благодаря извитости ПА, в них значительно уменьшается пульсовая волна и достигается равномерность тока крови. Являясь как бы амортизаторами, извитости ПА предохраняют внутримозговые сосуды от чрезмерных нагрузок. Однако по нашим данным, именно в сегменте V_3 наиболее часто встречаются гипоплазия и перегибы одной из ПА в результате её избыточного удлинения, что в 15% случаев является причиной клинических проявлений ВББ.

Arnautovic подразделяет сегмент V_3 на два участка: вертикальный (до поперечного отростка C_I) и горизонтальный (до места прободения артерией твёрдой мозговой оболочки). На вертикальном участке позвоночная артерия поднимается краниально до поперечного отростка C_I в сопровождении 3-4 венозных стволов (медially и сзади ПА), передней ветви нерва C_{II} , тесно прикреплённого к ПА фиброзными волокнами, собственного периартериального нервного симпатического сплетения ПА, небольшими артериальными ветвями. Все эти образования помещены в фиброзную оболочку, которая выполняет для них функцию опоры и каркаса. Горизонтальная порция ПА вместе с её симпатическим нервным сплетением, передней и задней ветвями нерва C_I , окружающим ПА венозным сплетением и несколькими артериальными ветвями также окружена со всех сторон фиброзной тканью. На поперечном срезе эта фиброзная ткань выглядит, как кольцо, и Arnautovic и Fine употребляют для её описания термин fibrous ring - «фиброзное кольцо». Описывая фиброзное кольцо, окружающее ПА её венозное сплетение, Arnautovic и Fine употребляют глагол «cushioned» (cushion - подушка). Имеется ввиду, что ПА, окружённая венозным сплетением и фиброзным кольцом (fibrous ring) находится как бы в «мягкой подушке». Необходимо заметить, что именно эта фиброзная ткань при различных патологических состояниях подвержена уплотнению и является причиной фиксации ПА к костным и связочным структурам.

На уровне позвоночно-двигательного сегмента C_I - C_{II} ПА прикрыта сзади нижней косой мышцей головы, которая хорошо прощупывается у людей с удлинённой шейей. Сразу после выхода из костного канала ПА проходит вблизи от атлантаксиального сустава, а в отдельных случаях расположена в его капсуле. Такая близость ПА к атлантаксиальному суставу, когда общее фасциальное влагалище сосудисто - нервного пучка прилегает к наружному слою его капсулы, способствует экстравазальной компрессии артерии при боковом наклоне или ротации зуба аксиса. Это влечет за собой уменьшение кровотока в одной из позвоночных артерий. У здоровых людей при хорошей компенсации кровотока из другой ПА или из бассейна ВСА это является тренирующим фактором, а у больных вызывает симптомы ишемии головного мозга. Инсульт при компрессии позвоночной артерии на уровне C_{II} - C_I назван «bowhunter, s stroke» - инсульт лучника.

Таким образом, ВББ - это комплекс сосудистых расстройств в вертебрально - базилярной системе с характерными этиологическими, патогенетическими и клиническими факторами. Этиологические факторы включают в себя статико-динамические нарушения шейного отдела позвоночника. К патогенетическим факторам относятся патоморфологические изменения определенных ПДС ШОП с последовательным развитием ирритации периваскулярного вегетативного сплетения ПА, компрессии стенки сосуда с изменением его просвета и последующим петлеобразованием. Клинические факторы - это совокупность симптомов и синдромов с разными клиническими проявлениями в зависимости от патогенетической стадии заболевания.

Имея комплекс четко очерченных этиологических и патогенетических факторов, определяющих совокупность клинических симптомов и синдромов со стадийностью клинических проявлений, ВББ является самостоятельной нозологической формой заболевания.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ОСТРОЙ ФАЗЕ ДИСКО-РАДИКУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ. ИССЛЕДОВАНИЕ №1

А.Б. Ситель, К.О. Кузьминов, С.П. Канаев, Д.Н. Шубин
ЦМТ МЗ РФ, г. Москва

Резюме: Обследовано 104 человека с проявлениями компрессионной радикулопатии, дискогенного генеза в острую фазу заболевания с анализом клинических и параклинических различий при различных проявлениях поясничного остеохондроза.

Цель исследования: изучение патологических процессов на границе межпозвонкового диска (МПД) и задне-дисковых пространств методом ультразвукографии (УСГ), оценки функции нейромоторного аппарата посредством стимуляционной электронейромиографии (ЭНМГ) у больных с проявлениями поясничного остеохондроза в фазе обострения.

Результаты исследования. У 104 обследованных с компрессионными синдромами поясничного остеохондроза определен ряд клинико-инструментальных отличий.

При ультразвукографическом исследовании МПД и заднедискового пространства у больных с ДРК были выявлены структурные изменения в виде: 1) расщепления заднего контура диска с выпячиванием заднего листка в позвоночный канал (ПК); 2) гипоехо-генного грыжевого «фокуса», соответствующего грыже МПД, образованного выпавшим фрагментом пульпозного ядра (ПЯ); 3) разрыва фиброзного кольца (ФК), являющегося «грыжевыми воротами»; 4) признаков сужения, деформации ПК и корешковых рукавов (КР) на уровне МПД; 5) отечной эпидуральной клетчатки.

Отмечена прямая зависимость выраженности неврологической симптоматики и тяжести течения заболевания от размеров грыжевых выпячиваний и их пространственного расположения. Степень деформации ПК и КР более, чем на 40% при срединных и на 35% при задне-боковых грыжах достоверно свидетельствовала о влиянии компрессионного фактора на развитие синдромов поражения нервных корешков на поясничном уровне.

У 75 (72,1 %) больных с компрессионными синдромами наряду с диагностированными грыжами диска выявлялись УЗ-признаки реактивного эпидурального отека, характеризующиеся расщеплением «фокуса» границ МПД и ПК с визуализацией гипо- или гиперэхогенных структур, соответствующих различным вариантам эпидурита. В зонах свежих разрывов ФК как с формированием микроскопически выпавшего фрагмента ПЯ, так и при наличии большой грыжи МПД (до 15 мм), мы регистрировали УЗ признаки отечного эпидурита: с двух сторон - 12 чел. (11,5 %), слева - 27 чел. (26 %), справа - 18 чел. (17,3 %). Отек эпидуральной клетчатки в виде расщепления заднего контура диска при отсутствии разрывов и повреждений ФК выявлялся у 42 чел. (40,1%) на уровнях, нижележащих по отношению к грыже вследствие распространения в каудальном направлении.

Полученные ЭНМГ корреляты объективно отражали степень неврологического дефицита при компрессионных синдромах поясничного остеохондроза.

Минимальным изменениям (I тип) соответствовало незначительное нарушение структуры кривой ЭНМГ в виде низкоамплитудного следового потенциала, снижение амплитуды f-ответов или их выпадения, при достаточной сгруппированности, что связано с отеком корешка без его локальной демиелинизации. Умеренно выраженным изменениям (II тип) при патологии проксимального участка нерва соответствует увеличение латентных периодов f-ответов и расширения диапазона скорости распространения возбуждения (СРВ), как признак локальной демиелинизации корешка при отсутствии периферической аксонопатии. Выраженные нарушения (радикулопатия) (III тип) соответствуют выраженной диссоциации СРВ по проксимальному отрезку и признакам аксональной невропатии дистального отрезка нейромоторного аппарата.

При задне-боковых грыжах на стороне поражения в 85,2 % случаев регистрировались ЭНМГ изменения II типа, в 15,8 % - изменения III типа. На противоположной стороне в 75,7 % случаев выявлялись изменения I типа. При срединных грыжах диска часто регистрируются двусторонние изменения I типа в вышележащем сегменте.

Сочетанное применение УСГ МПД и заднедискового пространства и ЭНМГ в практике мануального терапевта устанавливает топическое расположение ДРК, указывает на локализацию источника боли, дифференцирует компрессионные синдромы при поясничном остеохондрозе с рефлекторными поражениями.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ОСТРОЙ ФАЗЕ ДИСКО-РАДИКУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ. ИССЛЕДОВАНИЕ №2

А.Б. Ситель, К.О. Кузьминов, С.П. Канаев, Д.Н. Шубин
ЦМТ МЗ РФ, г. Москва

Резюме: Проведен подробный клинико-инструментальный анализ показателей в процессе консервативного лечения, включающего мобилизационную и манипуляционную техники мануальной терапии, медикаментозную терапию с применением эпидуральных, паравертебральных блокад с освещением проблемы терапии сочетанного радикулярного и миофасциального поражений, вариантов туннельных нейропатий.

Цель исследования: динамическое изучение патологических процессов на границе МПД и заднедисковых пространств параклиническими методами исследования у больных с проявлениями ДРК в острую фазу в процессе терапии.

Результаты исследования: Больным с ДРК в острую фазу заболевания, в зависимости от выраженности болевого синдрома, проводили медикаментозное лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, диуретиками, вентонизирующими средствами в сочетании с блокадами (паравертебральные, эпидуральные, грушевидной мышцы и др.). Методы мануальной терапии (МТ) применяли в зависимости от локализации и пространственного расположения грыжи диска.

Больные с признаками ДРК были условно разделены на 3 группы:

1-я группа - 48 чел. (46,2 %), обследованные после 1-2-х сеансов МТ, 1-й эпидуральной или паравертебральной блокады;

2-я группа - 35 чел. (33,6 %), обследованные после 10 сеансов МТ, 2-х эпидуральных или паравертебральных блокад;

3-я группа - 21 чел. (20,2 %), обследованные после 2-х курсов МТ (по 10-12 сеансов с перерывом в 1-2 нед.).

При динамическом клинико-инструментальном наблюдении в процессе лечения достоверно установлены следующие показатели:

- в **1-й группе** у 48 чел. (46,2 %) отмечалось уменьшение интенсивности болевого синдрома ($p < 0,01$), уменьшение тонического напряжения отдельных мышечных групп, но с сохранением анталгической позы. При УСГ - уменьшение признаков эпидурита на вышележащем уровне по отношению к компрессии ($p < 0,001$). ЭНМГ изменений нет;
- во **2-й группе** у 35 чел. (33,6 %) выявлено увеличение силы мышц и чувствительности в зоне иннервации пораженных корешков, значительное уменьшение болевых, мышечно-тонических и статико-динамических нарушений, восстановление вегетативно-трофической функции. При УСГ - регресс признаков эпидурального отека, но с сохранением проявлений эпидурита у 11 пациентов. По данным ЭНМГ отмечалась положительная динамика - уменьшение количества выпадений и незначительного увеличения амплитуды f-ответов, а при эпидурите, по данным УСГ, отмечалось прогрессирование демиелинизации корешка. У пациентов с признаками демиелинизации корешка и с аксонопатией (собственно, признаки корешкового синдрома) динамики выявлено не было;
- в **3-й группе** у 21 чел. (20,2 %) определялся регресс двигательных, чувствительных расстройств с отсутствием или наличием слаболожительных симптомов натяжения, восстановлением силы мышц в зоне иннервации пораженных корешков. При УСГ отмечалось отсутствие признаков реактивно-воспалительных изменений на границе МПД, ПК и КР, установление адекватных диско-радикулярных соотношений в виде увеличения переднезаднего размера ПК и КР. У пациентов с признаками демиелинизации корешка положительной динамики не наблюдалось. У больных с признаками аксонопатии нередко отмечался незначительный прирост амплитуды М-ответов.

При сочетанном компрессионном поражении поясничных корешков L5, S1, грушевидной мышцы, после купирования остро развившегося корешкового синдрома, характер и локализация боли менялись с ишиалгической на «двухкомпонентную», по типу вторичной гипералгезии у 28 (27 %) больных. Нередко боли в ноге, в условиях корешкового поражения, носили рефлекторный характер по типу миофасциального поражения у 39 (37,5 %) больных. В 44 (42,3 %) случаях корешковые боли сочетались с проявлениями туннельных мононейропатий с основными проявлениями в подколенной области, с ЭНМГ признаками туннельного синдрома (локальное снижение СРВ).

Динамические изменения пространственных заднедисковых параметров на уровне ДРК в процессе МТ подтвердили закономерность, что одной из основных причин поражения сосудисто-нервного пучка на уровне ПК и КР служат асептические воспалительные процессы. Предложенное лечение ускоряет регенерацию тканей поврежденного диска и приводит к уменьшению степени компрессионного влияния.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ЭНДОРФИННЫХ СТРУКТУР МОЗГА

С.В. Трусов, В. П. Лебедев

**Центр транскраниальной электростимуляции Института физиологии им. И.П.Павлова РАН,
г. Санкт-Петербург**

Мануальная терапия (МТ) широко применяется для лечения вертеброгенных заболеваний. Однако болевые синдромы, тоническое напряжение мышц, сопутствующие психофизиологические нарушения создают трудности для проведения манипуляций.

Для облегчения как самих манипуляций врача, так и переносимости МТ для пациента возможно применение акупунктуры (АП), вызывающей анальгезию и купирование вегетотропных нарушений. Однако применение АП ставит свои проблемы. Она инвазивна, требует постановки восточного диагноза, грамотного выбора точек, владения техникой работы с иглами и др.

Известно, что основную роль в механизме развития акупунктурной анальгезии и позитивных вегетотропных эффектов играют эндогенные опиоидные пептиды, в частности, **β**-эндорфин. Также известно, что транскраниальная электростимуляция защитных механизмов мозга (ТЭС-терапия) стимулирует выработку **β**-эндорфина, обеспечивая этим эффективное обезболивание, ликвидацию мышечного напряжения, нормализацию психофизиологического статуса, активацию репаративных процессов. ТЭС-терапия неинвазивна, проста по техническому обеспечению и не требует специальной подготовки медперсонала.

Целью данного исследования явилось изучение возможности повышения эффективности МТ при пояснично-крестцовом радикулите с помощью ТЭС-терапии по сравнению с применением АП.

В исследовании участвовало 34 человека, разделенные на две равные группы по 17 человек, не различавшиеся по возрастному составу, половому распределению, срокам заболевания и характеру предшествующей терапии.

ТЭС-терапия в группе 1 начиналась за день до начала МТ и проводилась ежедневно по 30 минут аппаратом «Трансаир-01», силой тока от 1,2 до 2,6 мА. На курс 6-10 процедур. Со второго дня, по мере купирования болевого синдрома, через 15-20 минут после процедуры ТЭС-терапии пациентам проводилась МТ по традиционным методикам. На курс в среднем 4-5 сеансов, преимущественно через день.

Лечение в группе 2 начиналось с АП по индивидуальным рецептам врача-иглорефлексотерапевта. Со 2-3 дня, по мере купирования болевого синдрома, ежедневно после часового отдыха пациентам проводилась мануальная терапия по традиционным методикам. На курс в среднем 5-7 сеансов, преимущественно через день.

В группе 1 после 1-2-й процедуры ТЭС-терапии у 94,1% пациентов купировались спонтанные боли и мышечное напряжение, тем самым облегчалось проведение постизометрической релаксации и манипуляций. Уже после 1-2-го сеанса МТ на фоне ТЭС-терапии отмечены ликвидация мышечно-тонических реакций и прогрессивное восстановление двигательной активности. К 3-4 дню комплексной терапии у всех пациентов нормализовались сон и настроение, полностью исчезли усталость и дискомфорт. Курс лечения до восстановления работоспособности составил в среднем 11 дней. Расширения терапии не потребовалось. Через месяц эффект сохранялся у 94,1% пациентов. Только один пациент возобновил прием анальгетиков.

В группе 2 спонтанные боли и мышечное напряжение постепенно регрессировали, начиная со 2-4-го дня АП у 82,4% пациентов ($p < 0,02$). К 5-6-й процедуре МТ, проводимой на фоне АП, отмечалось существенное уменьшение мышечно-тонических реакций, что сопровождалось достоверным уменьшением двигательных и чувствительных расстройств, улучшением сна и настроения. Курс лечения до восстановления работоспособности составил в среднем 16 дней. Но 3 пациента из группы 2 выбыли из исследования, так как в связи с отсутствием улучшения потребовалось применение медикаментозных блокад. Через месяц положительный результат сохранялся в среднем у 64,7% пациентов. Однако, возобновили прием анальгетиков 7 пациентов.

Таким образом, ТЭС-терапия обеспечивает большую эффективность мануальной терапии за счет скорейшего купирования болевого синдрома, ликвидации мышечного напряжения и восстановления психофизиологического статуса, что облегчает переносимость манипуляций пациентом и работу самого мануального терапевта.

ТЭС-терапия реально сокращает потребность в анальгетиках, не требует специальной подготовки медперсонала и особых условий для ее проведения.

Метод ТЭС-терапии и аппараты для ее осуществления защищены Патентом на изобретение РФ № 2159639 и многочисленными авторскими свидетельствами.

Центр ТЭС Института физиологии им. И.П.Павлова РАН выпускает аппараты серии «ТРАНСАИР-01» для клинического, полевого и домашнего использования. Аппараты сертифицированы Госстандартом РФ и включены в Гос. Реестр медизделий РФ.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ С РОТАЦИОННЫМ ПОДВЫВИХОМ АТЛАНТА

М.И. Скоробогач, А.А. Лиев

Кафедра вертеброневрологии с курсом мануальной медицины СГМА

Актуальной проблемой детской вертеброневрологии являются натальные травмы нервной системы. У 47,3 % пациентов с родовыми повреждениями шейного отдела позвоночника наиболее часто при рентгенологическом исследовании выявляются ротационные подвывихи атланта (Фаттахов В.В. с соавт., 1999).

У детей, перенесших родовую травму, нарушается пространственное положение туловища с формированием ротационных изменений осанки. Причиной искривления позвоночника и нарушений осанки считается асимметричный парез мышц (Кочергина О.С., Приступлюк О.В., 1991; Ратнер А.Ю., 1995; Чернова Т.Н., Мусатова Н.М., Савченко В.В., 1998). Однако роль изменений суставов головы в генезе искривления позвоночника не изучена. Этим продиктована актуальность обсуждаемой проблемы.

Под нашим наблюдением находилось 45 детей в возрасте от 4 до 12 лет с отдаленными последствиями натальной травмы шейного отдела позвоночника, у которых рентгенологически диагностирован ротационный подвывих атланта. Обследование проводилось по общепринятым вертеброневрологическим, мануальным методам, реографически. У 30 больных выявлялась сколиотическая деформация позвоночника I-II степени, у 15 - сколиотическая осанка.

Анализ патобиомеханических изменений позвоночника, рентгенограмм позвоночника в двух проекциях показывает, что S-образная сколиотическая деформация формируется с вершинами сколиоза в сторону подвывиха на уровне средне-шейных позвонков, Th_{VII}-Th_{IX} позвонков, на противоположной стороне - на уровне Th_{II}-Th_{IV}, Th_{XI}-L_I позвонков. По рентгенограммам позвоночника в двух проекциях была построена горизонтальная проекция (вид сверху). Третья проекция показала, что позвоночник «закручен» в противоположные стороны относительно Th_{VII}-Th_{IX} позвонков. Петли выше и ниже этого уровня образованы шейными и поясничными позвонками.

Для того, чтобы понять механизм возникновения сколиоза обратимся к модели позвоночника. Торсия атланта развивается в результате ротационного подвывиха. Межпозвоночный диск C_{II}-C_{III} при ротации аксиса в здоровую сторону испытывает деформации кручения, что передается на нижележащий отдел позвоночника.

При закрученном состоянии позвоночника организм вынужден искать пути избавления от чрезмерной напряженности для остановки патологического скручивания позвоночника. В вертикальном положении модель позвоночника проявит упругие свойства, то есть верхняя ее часть опустится в продольном направлении. «Оседание» модели сопровождается возникновением пространственной кривизны, напоминающей по форме виток спиральной пружины. В результате происходит остановка патологического скручивания позвоночника с формированием вышеописанных патобиомеханических изменений и торсионных деформаций туловища. Поэтому формирование сколиоза при ротационном подвывихе атланта следует считать компенсаторным процессом.

Таким образом, при переднем ротационном подвывихе атланта происходит компенсаторное формирование сколиотической деформации нижележащих отделов позвоночника. Вертебральная деформация у больных с последствиями перинатальных повреждений нервной системы имеет трехплоскостное строение в виде спирали, закрученной в противоположные стороны. Мышечные реакции носят вторичный характер с целью остановки патологического скручивания позвоночника. Учет закономерностей формирования патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы позволяет проводить дифференцированную мануальную терапию у детей с отдаленными последствиями перинатальных повреждений нервной системы.

СТАНДАРТЫ (ПРОТОКОЛЫ) ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИКЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ТРЁХМЕРНЫЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СКАНЕР ПОЗВОНОЧНИКА КАК ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ И КОНТРОЛЯ МАНУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА

И.Г. Алексеев, Т.С. Некрасова, А.В. Пироженко, Д.Н. Свирида, Д.В. Скворцов
НМФ МБН, г.Москва

Неинвазивное исследование анатомического и функционального состояния позвоночника остаётся актуальной проблемой современной вертеброневрологии. Существующие методы исследования можно подразделить на инвазивные, или имеющие негативные последствия (рентгенологическое исследование, компьютерная томография), и неинвазивные, к которым принадлежит оптическая топография. Этот метод получил активное развитие в последние годы. Несмотря на очевидные преимущества (безвредность, бесконтактность, малое время обследования), данный метод имеет и ряд недостатков: низкая точность, связанная с дискретностью муаровых полос и другими факторами; возможность документирования только со стороны спины; необходимость создания специальных условий в помещении, где проводится исследование, и некоторые иные. С целью преодоления указанных проблем нами был разработан компьютерный комплекс для анализа пространственной конфигурации позвоночника, основанный на ином принципе.

Комплекс состоит из собственно сканера, представляющего собой прецизионный механо-опто-электронный прибор для пространственного сканирования тела человека, компьютера и обнуляющего устройства в составе сканера. Общая процедура сканирования не требует расходных материалов и не является инвазивной. Работа сканером использует естественные интуитивные мануальные навыки врача, поэтому не требует специального обучения.

Обследование состоит из ввода данных пациента в базу данных программы и выполнения собственно сканирования. Для этого пациент становится в одно из выбранных положений, врач включает режим сканирования и в определённой последовательности, устанавливая щуп сканера на необходимые точки, производит обмер таза и плечевого пояса, а затем проводит щупом сканера по остистым отросткам позвоночника от основания черепа до остистого отростка пятого поясничного позвонка. В результате сканирования на общем экране исследования можно видеть трёхмерную модель позвоночника, таза и плечевого пояса. Всё исследование для одного положения пациента занимает 2-3 минуты.

Регистрация пространственной конфигурации позвоночника и положение других частей тела методически производится в различных функциональных положениях пациента (табл. 1).

Таблица 1

Положения пациента, для которых имеются стандартные методики сканирования позвоночника

Положение	Стоя	Сидя	Лёжа
Основное положение	+	+	
Наклон вперёд	+	+	
Прогиб назад	+	+	
Наклон вправо	+	+	
Наклон влево	+	+	
Поворот вправо	+	+	
Поворот влево	+	+	
Лёжа прямо			+
Лёжа при тракции			+

Благодаря тому, что производится сканирование позвоночника в максимальных функциональных положениях, становится возможна функциональная диагностика состояния отделов позвоночника.

Программное и методическое обеспечение позволяет производить полное сканирование всего тела человека, а также различных его частей.

Отчёт представляет данные в графической и табличной форме для фронтальной, сагиттальной и поперечной плоскости. Отчёт исследования формируется автоматически и может быть представлен как собственно в программе, так и в текстовом редакторе Word или электронной таблице Excel. Отчёт формируется в единой, пространственной системе координат с нормированием положения по самому пациенту. В результате, получаемые данные сопоставимы друг с другом.

ОБ АССОЦИИ НЕКОТОРЫХ ХАРАКТЕРИСТИК АНАМНЕЗА, ЖАЛОБ И ДАННЫХ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА, ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ В ТЕРМИНАХ МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Я.Н.Бобко

Государственная педиатрическая медицинская академия, г.Санкт-Петербург

Известен скепсис врачей традиционной европейской школы по отношению к некоторым методам диагностики и лечения, применяемым в мануальной медицине. Однако, опыт многолетнего практического использования этих методов не позволяет отказаться от них даже в случаях, когда по мнению специалистов «классической» медицины методы мануальной медицины бесполезны. Целесообразным, по-видимому, является поиск взаимоприемлемых вариантов комбинации методов мануальной и «классической» медицины и согласования терминологии, описывающей патологические состояния.

С целью выявления связи патологии позвоночника с патологическими признаками, выявляемыми при традиционной оценке анамнеза, жалоб, данных физикального и аппаратно-лабораторного обследования, нами был использован регрессионный анализ (включение, пошаговая линейная регрессия) массивов признаков, включавших в себя данные рутинного. В качестве управляющих переменных выступали определяемые методами мануальной терапии признаки патологии позвоночника, в качестве управляемых переменных - характеристики жалоб, анамнеза и данные физикального обследования 2230 детей в возрасте от 3-х до 16 лет .

В исследование включены дети, не имевшие на момент осмотра хирургической патологии опорно-двигательного аппарата, и, до момента осмотра, не имевшие диагнозов в группе нозологических форм «ортопедия», за исключением «нарушение осанки», «плоскостопие», «сколиоз», «нестабильность шейного отдела позвоночника».

Некоторые результаты регрессионного моделирования представлены в табл. 1.

В соответствующей графе таблицы представлена максимальная достигнутая при построении регрессионных моделей доля объясненной дисперсии управляемой переменной. Необходимо подчеркнуть, что признаки патологии, обнаруживаемые способами мануальной медицины, кодировались отдельно для правой и левой стороны (например, межпозвонокковый функциональный блок с латерофлексией и ротацией влево, и межпозвонокковый функциональный блок с латерофлексией и ротацией вправо расценивались как два отдельных признака). Связь между этими признаками анализировали отдельно. Результатом этого анализа явился вывод об отсутствии связи стороны традиционно выявляемого патологического знака и стороны определяемой в терминах мануальной медицины патологии позвоночника. В качестве управляющих переменных в 95% случаев включался признак «функциональный блок». Признак «сублюксация» (мышечный функциональный блок) включался в модели лишь в 5% случаев, что свидетельствует либо о его неустойчивости, либо о некорректности описания.

Вместе с тем, из данных, представленных в таблице, следует, что сам факт связи оказывается весьма достоверным. Несмотря на то, что регрессионный анализ использовался нами не с целью достижения доли объясненной дисперсии на уровне, пригодном для построения диагностически значимых моделей, а лишь для подтверждения самого факта наличия связи определяемых анамнестически и физикально патологических признаков с доклиническими формами нарушения стояния позвонков, следует отметить, что некоторые модели оказались весьма близкими к диагностически ценным. И если в случае асимметрии тела, наклона головы, болей в ногах, асимметрии сосков, асимметрии

Таблица 1

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГРЕССИОННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХАРАКТЕРИСТИК АНАМНЕЗА, ЖАЛОБ И ДАННЫХ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В КАЧЕСТВЕ УПРАВЛЯЕМЫХ, А ПРИЗНАКОВ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА - В КАЧЕСТВЕ УПРАВЛЯЮЩИХ ПЕРЕМЕННЫХ

Управляемая переменная	Доля объясненной дисперсии (%)	Количество управляющих признаков	Достоверность связи признаков $p=$
Головная боль	18	7	0.05 - 0.0005
Тошнота	18	7	0.03 - 0.0005
Навязчивые движения	18	5	0.05 - 0.00008
Вестибулярные расстройства	13	4	0.05 - 0.003
Тахикардия	16	8	0.05 - 0.007
Сердечная аритмия	63	5	0.02 - 0.00000
Нарушение походки	17	6	0.04 - 0.0003
Боли в ногах	26	10	0.02 - 0.00006
Нарушение осанки	18	5	0.01 - 0.002
Асимметрия тела	59	6	0.03 - 0.00000
Наклон головы	15	3	0.002 - 0.0000
Асимметрия глазных щелей	43	9	0.02 - 0.00000
Асимметрия зрачков	6	3	0.05 - 0.006
Асимметрия ушных раковин	18	6	0.04 - 0.0008
Асимметрия рта	11	3	0.04 - 0.009
Асимметрия сосков	25	7	0.04 - 0.002
Асимметрия плеч	21	8	0.04 - 0.0004
Асимметрия средней линии	16	3	0.03 - 0.00001
Асимметрия пупка	6	2	0.02 - 0.001
Асимметрия лопаток	15	8	0.05 - 0.001
Асимметрия таза	21	5	0.04 - 0.008
Асимметрия ног	18	6	0.04 - 0.0007
Зрачковый рефлекс	40	7	0.02 - 0.00000
Роговичный рефлекс	30	7	0.04 - 0.00000
Мандибулярный рефлекс	18	4	0.05 - 0.0001
Глоточный рефлекс	12	4	0.05 - 0.00003
Карпорадиальн. рефлекс	23	12	0.05 - 0.001
Рефлекс с m.triceps brach.	16	6	0.05 - 0.0005
Верхн. брюшной рефлекс	18	6	0.05 - 0.0004
Средн. брюшной рефлекс	11	4	0.05 - 0.004
Нижн. брюшной рефлекс	27	8	0.05 - 0.00000
Кремастерный рефлекс	10	4	0.04 - 0.005
Коленный рефлекс	18	6	0.04 - 0.003
Ахиллов рефлекс	4	2	0.04 - 0.02
Подошвенный рефлекс	18	3	0.001 - 0.0000
Сист. артериальн. давл-е	14	3	0.03 - 0.007
Диаст. артериальн. давл-е	16	4	0.03 - 0.004

глазных щелей, зрачкового рефлекса и пр. достаточно высокий уровень объясненной дисперсии вызывает удивление лишь в том, что ранее эти признаки практически не использовали для диагностики патологии позвонков у детей, то в случае с сердечной аритмией (доля объясненной дисперсии только признаками, выявляемыми методами мануальной медицины, составляет более 60%) мы, по-видимому, имеем дело с новым, ранее описанным весьма поверхностно классом патологии, исследованном нами отдельно. В таблице намеренно приведены параметры как «удачных», так и «неудачных» с точки зрения доли объясненной дисперсии моделей. Это сделано для того, чтобы можно было составить представление о структуре и выраженности как известных - из результатов исследований предшественников, так

и впервые выявленных нами связей признаков, описываемых в терминах регрессионного моделирования. Известная топическая зависимость, в целом, соблюдалась (некоторые регрессионные модели приведены ниже).

Таким образом, анализ полученных нами данных позволяет сделать следующие выводы:

1. В терминах мануальной медицины достаточно уверенно могут быть описаны слабо выраженные клинические и доклинические формы патологии позвоночника, имеющие достоверную связь с рядом патологических знаков, определяемых при анализе анамнеза и физикальном обследовании.
2. Достаточно устойчивым термином мануальной медицины является понятие «функциональный блок». Понятие «сублюксация» не определено.
3. Функциональный блок приводит к появлению патологических знаков как с гомо-, так и с гетеролатеральной стороны.
4. Патология внутренних органов (в частности, сердечная аритмия, заболевания желудочно-кишечного тракта и пр.) весьма тесно связаны с патологией позвоночника, описываемой в терминах мануальной медицины.

Полученные нами результаты явились основой для анализа связи патологии позвоночника с анамнестическими и клиническими признаками, описываемыми в терминах Автоматизированной системы профилактических осмотров детского населения (АСПОНд, И.М.Воронцов, Т.И.Иванова, 1994).

Связь профиля патологии в терминах АСПОНд, определяемого по признакам списка «опрос» и «осмотр», выявляли с целью выбора нозологических форм, в лечебно-диагностических планах ведения которых наиболее перспективно было бы использование методов мануальной медицины. Представлялось, что если при использовании признаков патологии позвоночника в терминах мануальной медицины в качестве управляющих переменных доля объясненной дисперсии соответствующего балла экспертной оценки в данной группе нозологических форм максимальна, а связь признаков значима, то данная группа нозологических форм перспективна с точки зрения эффективности использования методов мануальной медицины для диагностики и лечения. С учетом этого строили планы последующих углубленных исследований.

Таблица 2

**НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГРЕССИОННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИЗНАКОВ ПАТОЛОГИИ ПОЗВОНОЧНИКА В КАЧЕСТВЕ УПРАВЛЯЮЩИХ,
А БАЛЛОВ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ ПО СПИСКУ «ОПРОС» АСПОНд
В КАЧЕСТВЕ УПРАВЛЯЕМЫХ ПЕРЕМЕННЫХ**

Управляемая переменная	Доля объясненной дисперсии (%)	Количество управляющих признаков	Достоверность связи признаков $p=$
Аллергология	20	8	0.05 - 0.003
Вазокардиология	15	8	0.05 - 0.001
Гастроэнтерология	9	3	0.04 - 0.0004
Гематология	10	2	0.04 - 0.01
Дерматология	17	4	0.04 - 0.0004
Иммунология	15	6	0.05 - 0.0006
Кардиология	23	8	0.05 - 0.00000
Логопедия	29	7	0.04 - 0.0001
Оториноларингология	6	3	0.05 - 0.004
Неврология	12	5	0.02 - 0.0006
Нефрология	22	10	0.05 - 0.0006
Офтальмология	14	5	0.05 - 0.0009
Ортопедия	4	2	0.03 - 0.02
Питание	28	5	0.05 - 0.00000
Психиатрия	8	2	0.02
Пульмонология	6	2	0.05
Ревматология	18	7	0.05 - 0.003
Стоматология	12	5	0.05 - 0.01
Фтизиатрия	14	3	0.03 - 0.006
Хирургия	5	1	0.04

Таблица 3

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГРЕССИОННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИЗНАКОВ ПАТОЛОГИИ ПОЗВОНОЧНИКА В КАЧЕСТВЕ УПРАВЛЯЮЩИХ, А БАЛЛОВ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ ПО СПИСКУ «ОСМОТР» АСПОНД В КАЧЕСТВЕ УПРАВЛЯЕМЫХ ПЕРЕМЕННЫХ

Управляемая переменная	Доля объясненной дисперсии (%)	Количество управляющих признаков	Достоверность связи признаков $p=$
Аллергология	11	3	0.01 - 0.004
Вазокардиология	16	3	0.02 - 0.00008
Гастроэнтерология	40	7	0.03 - 0.00000
Гематология	18	7	0.05 - 0.0003
Дерматология	21	7	0.03 - 0.00004
Иммунология	21	7	0.05 - 0.00003
Кардиология	15	4	0.04 - 0.02
Логопедия	8	2	0.05 - 0.002
Оториноларингология	14	3	0.04 - 0.007
Неврология	16	4	0.04 - 0.02
Нефрология	16	3	0.04 - 0.00009
Офтальмология	13	3	0.05 - 0.03
Ортопедия	14	5	0.05 - 0.002
Питание	8	2	0.05 - 0.02
Психиатрия	9	1	0.01
Пульмонология	13	4	0.03 - 0.004
Ревматология	20	8	0.04 - 0.0002
Стоматология	12	4	0.04 - 0.01
Фтизиатрия	15	6	0.05 - 0.004
Хирургия	16	5	0.04 - 0.0004

Некоторые результаты регрессионного моделирования с использованием признаков патологии позвоночника в терминах мануальной медицины в качестве управляющих, а баллов экспертной оценки по отдельным группам нозологических форм в качестве управляемых переменных представлены в табл. 2 и 3.

Анализ результатов, приведенных в табл. 2 позволяет сделать вывод о том, что, по характеристикам анамнеза и жалобам, наиболее перспективной с точки зрения эффективности использования методов мануальной медицины является аллергологическая, кардиологическая, нефрологическая патология, а также нарушения питания и речи. Интересно, что собственно ортопедическая патология не включена в этот список (доля объясненной дисперсии составляет всего 4%). Объяснение этому факту можно найти в общеизвестной явной гиподиагностике заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей, отчасти обусловленной отсутствием соответствующих жалоб со стороны больного. Необходимо иметь в виду то, что нефрологическая патология, как и гастроэнтерологическая в этом списке формируется, в основном, за счет жалоб на боли в животе.

Результаты моделирования, представленные в табл. 3, несколько изменяют выводы, сделанные на основе анализа данных, приведенных в табл. 2, выводя в ряд наиболее перспективных групп нозологических форм гастроэнтерологию. Интересно, что на основе известных фактов невозможно достоверно установить причинно-следственные связи при оценке обусловленности патологии питания, гастроэнтерологической патологии и патологии позвоночника. Еще раз необходимо отметить наличие гиподиагностики патологии опорно-двигательного аппарата и костей черепа при использовании традиционной методологии ее выявления.

Таким образом, патобиомеханические изменения позвоночника, костей черепа и висцеральных органов хорошо ассоциируются с гастроэнтерологической, аллергологической, ревматологической, кардиологической, дерматологической, иммунологической, логопедической патологией и нарушениями питания.

Полученные нами результаты не позволяют уверенно высказаться о причинно-следственных связях патологии опорно-двигательного аппарата и соматической патологии у детей, они, подтверждая наличие тесных ассоциаций этих видов патологии, указывают на целесообразность использования методов мануальной медицины при некоторых соматических заболеваниях как средства и профилактики, и лечения, и реабилитации.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ (УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ методы исследования)

С.П. Канаев
Центр мануальной терапии МЗ РФ,
г. Москва

Клиническое ядро синдрома грушевидной мышцы (СГМ) составляет ишиалгия, что требует проведения дифференциальной диагностики различных состояний, проявляющихся болью в области ягодицы и бедре. Анализ 105 историй болезней пациентов подтверждает трудности диагностики: 94,75% пациентов в возрасте 25-55 лет с окончательным диагнозом СГМ направлялись на консультацию и лечение с «пояснично-крестцовым радикулитом».

В 72,4% случаев СГМ развивался на фоне дегенеративно-дистрофических изменений в поясничном отделе позвоночника (остеохондроз, протрузии и грыжи дисков). У 22,9% пациентов без дегенеративно-дистрофических изменений в поясничном отделе позвоночника заболевание дебютировало после длительного нахождения в вынужденном неудобном положении (езда на автомобиле, работа за компьютером, работа сидя на корточках и т.п.). В 4,7% случаях дебют СГМ совпал с обострением болей при коксартрозе или гонартрозе.

Всем пациентам проводилась электронейромиография нервов нижних конечностей и исследовался вызванный кожный симпатический потенциал (ВКСП), который является объективным способом количественной оценки функции симпатических волокон. Параллельно методом ультразвуковой доплерографии исследовался кровоток в артериях нижних конечностях по стандартной методике (УЗДГ АНК) и артериолах 1-й фаланги 1-го пальца стопы (УЗДГ МКЦ).

По результатам нейрофизиологического обследования были выделены 2 группы пациентов: I-ю группу составили 69 пациентов с клиническими проявлениями СГМ без признаков поражения корешков; II-я группа включала 36 пациентов, у которых СГМ сочетался с корешковой патологией. Дополнительно обследовано 33 пациента с признаками поражения корешков L5 или S1 без СГМ и 15 пациентов с болями в области ягодицы и бедра без признаков поражения периферического нейромоторного аппарата. В исследование не включались пациенты с признаками атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей.

Исследование выявило увеличение латентного периода ВКСП при СГМ, который достоверно отличается как на интактной конечности, так и на стороне болей при корешковых синдромах без признаков СГМ. Существенной разницы исследованных параметров на стороне болей у больных с СГМ и с СГМ в сочетании с корешковым поражением выявлено не было. При проведении УЗДГ МКЦ у больных с СГМ на пораженной конечности регистрировался монофазный или абортивный, куполообразный спектр. У больных с болевыми синдромами другого генеза, вне зависимости от выраженности болевого синдрома, спектр ЛСК сохранялся трех- или двухфазным и существенно не отличался от спектра на интактной конечности.

Достоверные отличия по сторонам при СГМ по данным исследования ВКСП получены у 72,7% больных, по данным УЗДГ - у 83,2%, при сочетании обеих методик инструментально диагноз подтвердился в 91,8% случаев.

На основании полученных результатов мы считаем, что течение СГМ на развернутой стадии мало связано с диско-радикулярным конфликтом. Наибольшее патогенетическое значение при СГМ имеет компрессия седалищного нерва с преимущественным страданием симпатических волокон с истощением вегетативного обеспечения конечности и микроциркуляторными нарушениями. С целью своевременной диагностики СГМ всем больным с ишиалгией показано проведение УЗДГ АНК и МКЦ или исследование ВКСП. Сочетание этих методов позволяет повысить точность диагностики до 92%.

ВОЗМОЖНОСТИ АРТРОСОНОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ГОНАРТРОЗОВ И КОКСАРТРОЗОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

А.Б. Кузьмин¹, Ш.М. Юсупов¹, Ю.О. Новиков¹, И.А. Кутузов²

¹ Кафедра мануальной терапии ИПО БГМУ, Уфа;

² Отделение реабилитации НИИ нейрохирургии РАМН, Москва

Дистрофические заболевания периферических суставов являются болезнями среднего и пожилого возраста, им подвержены оба пола в трудоспособном возрасте. Артрозы бывают моноартикулярными или олигоартикулярными и выражаются клинически болями, функциональными нарушениями, суставными деформациями, а рентгенологически - уменьшением суставной щели, остеофитозом, субхондральным остеосклерозом. Рентгенологические исследования показывают наличие вышеуказанных признаков дистрофических изменений суставов гораздо чаще, чем имеется случаев с клинически выраженными признаками деформирующего остеоартроза. Данный факт говорит о том, что костные изменения при данной патологии можно рассматривать как компенсаторную реакцию организма на дистрофические изменения в суставном хряще [3]. Однако, рентгенологические методы исследования позволяют лишь косвенно выявлять изменения хрящевых образований суставов. В последние годы сонографический метод исследования стал широко использоваться для диагностики дистрофических заболеваний опорно-двигательной системы и, в частности, периферических суставов. Данный метод исследования позволяет оценить состояние хрящевых поверхностей суставных костей, внутрисуставных хрящевых образований, наличие и количество жидкости в полости суставов, состояние околоуставных мягких тканей [1, 2, 4].

Целью работы явилось изучение возможности артросонографической диагностики гонартрозов и коксартрозов при комплексном лечении их с применением мануальной терапии.

Динамическое ультразвуковое исследование коленных и тазобедренных суставов в процессе комплексного лечения с применением мануальной терапии производилось на аппарате Sonoline AC датчиками частотой 3,5 и 5 МГц. Всего было обследовано 28 пациентов с деформирующим остеоартрозом тазобедренного сустава и 22 пациента с гонартрозом в возрасте от 40 до 65 лет, среди них мужчин - 24, женщин - 26.

При сонографии тазобедренных суставов оценивались следующие параметры: соотношение головки бедренной кости и вертлужной впадины, контуры и однородность головки бедренной кости, состояние окружающих сустав мышц, капсулы, хрящевой губы, синовиальной оболочки, расстояние от шейки бедренной кости до капсулы, наличие жидкости в полости тазобедренного сустава. Для диагностики синовита тазобедренного сустава использовался показатель капсулярной дистанции - максимальное расстояние от шейки бедренной кости до суставной капсулы. Увеличение этого показателя может говорить об интракапсулярном скоплении жидкости. Величина капсулярной дистанции более 6 мм или разница между двумя симметричными суставами более 1 мм по данным артросонографии предполагает наличие интракапсулярного скопления жидкости в тазобедренном суставе.

При ультразвуковом исследовании коленных суставов определялись толщина и гомогенность хрящевых поверхностей суставных костей, состояние контуров мышечков бедренной кости, толщина синовиальной оболочки, наличие жидкости в полости суставов, состояние менисков.

Толщина хрящевых поверхностей суставных костей коленных суставов при их дистрофических изменениях уменьшалась в зависимости от стадии гонартроза, определялась нечеткость контуров мышечков бедренной кости. Для диагностики дистрофических изменений менисков, а также их повреждений, вначале исследовался задний рог медиального мениска из области подколенной ямки, который на экране монитора выглядит как клиновидная эхопозитивная структура. Затем, при положении пациента «лежа на боку», на стороне исследуемой ноги и расположении датчика в проекции суставной щели, визуализировалась промежуточная часть внутреннего мениска, потом, при постепенном смещении датчика кпереди, производилось исследование переднего рога медиального мениска. Аналогично исследовался наружный мениск.

Ультразвуковыми критериями дистрофических изменений менисков были следующие:

- а) фрагментарно-очаговое повышение эхоплотности менисков;
- б) линейное повышение эхогенности в структуре мениска, соответствующее его неполному повреждению;
- в) затруднение визуализации менисков или эхонегативная каемка вокруг них, выявляющаяся при наличии выпота в полости сустава.

У исследуемых пациентов в качестве сонографических признаков дистрофических изменений тазобедренных и коленных суставов были: истончение хрящевых поверхностей суставных костей - 50 случаев; фрагментарная их визу-

ализация у 32 пациентов; утолщение синовиальной оболочки в 21 случае; изменение экоструктуры суставной капсулы и околосуставных тканей - у 46 пациентов; наличие выпота в полости суставов - в 18 случаях; дистрофические изменения менисков были выявлены у 19 пациентов с гонартрозом.

При динамическом обследовании пациентов отмечалось улучшение состояния околосуставных тканей суставов у 42 пациентов (84%), снижение количества выпота в полости суставов у 14 исследуемых (76%), уменьшение отечности дегенеративно измененных менисков коленных суставов у 8 пациентов.

Таким образом, сонографический метод исследования является информативным, безвредным, неинвазивным способом диагностики дистрофических заболеваний периферических суставов и позволяет оценить эффективность комплексного лечения с применением мануальной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Казак Л.А., Гюльназарова С.В., Федотов Г.И. Ультразвуковая диагностика в прогнозировании исходов лечения больных с разгибательными контрактурами коленного сустава. // II-й съезд ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. Тез. докл. - Москва, 1995. С. - 134.
2. Мач Э.С., Пушкова О.В. Артросонография коленного сустава при ревматоидном артрите и остеоартрите. (Материалы II-го съезда ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. - Москва, 1995. С.135.
3. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология: руководство // М.: Медицина, 1989. - С.15-28.
4. Поцыбина В.В., Джужа Д.А., Хомяк А.И. Значение ультразвукового исследования мышц в диагностике миастенического синдрома при ревматических заболеваниях. // II-й съезд ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. Тез. докл. - Москва. 1995. - С. 136.

ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А.Ю. Нефедов, Е.В. Асфандиярова

Центр мануальной терапии КЗ, г. Москвы

Кафедра анатомии человека Астраханской государственной медицинской академии, г. Астрахань

При проведении манипуляции на шейном отделе позвоночника (ШОП), во-первых, запускается NO-активация артерий, длительно находящихся в гипо- или ареактивном состоянии, во-вторых, одновременно, восстанавливается подвижность в позвоночных двигательных сегментах (ПДС) ШОП, обеспечивая свободу реагирования позвоночной артерии (ПА), чем и объясняется короткая, но бурная реакция ПА на манипуляцию.

Целью исследования было определение по данным УЗДГ наиболее значимых для восстановления кровотока по ПА приемов мануальной терапии (МТ). Определено, что воздействие на уровне C_0-C_1 , наиболее значительно увеличивает кровоток по ПА, а воздействие на уровне C_1-C_7 увеличивает время усиленного кровотока по ПА.

В исследовании обобщены результаты исследования 45 женщин 20-50 лет, которым проводился курс МТ. УЗДГ проводилась после строго дифференцированного воздействия на сегменты ШОП: I- C_0-C_1 (краниоцервикальный переход - КЦП), II- C_2-C_3 (верхний шейный), III- C_3-C_4 (средний шейный), IV- C_5-C_6 (нижний шейный) и V- C_7-D_1 (шейно-грудной переход - ШГП).

Результаты УЗДГ свидетельствуют о том, что проведение МТ на ШОП и ШГП приводят к увеличению кровотока по ПА, что подтверждается и клинически.

Выяснено также, что все манипуляции на шейном отделе позвоночника приводят к нарастанию ЛСК по ПА. Эффект воздействия тем больше и наступает тем скорее, чем на более высоком сегменте производится манипуляция (максимум на КЦП). Манипуляции на ШГП не приводят к значительному изменению кровотока по ПА.

Манипуляции на ШОП ведут к значительному, но кратковременному нарастанию кровотока до 15-20 минут. Проведение манипуляций последовательно и на ШОП, и на ШГП приводят к нарастанию и стабилизации кровотока на несколько часов (3-12), в зависимости от сеанса лечения.

Выводы:

1. УЗДГ эффективна для качественной и количественной оценки изменений кровотока в ВБС при дифференцированной мануальной терапии на ШОП.
2. Мобилизация позвоночных двигательных сегментов (ПДС) не только ШОП, но и ШГП потенцирует эффект при лечении методами МТ.

СПОСОБ ОЦЕНКИ ВЕЛИЧИНЫ ОТВЕРСТИЯ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ АНОМАЛИИ ПЕРВОГО ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА

Н.Ф. Порхун, Е.Г. Сашко, В.В. Андреев, Ф.Н. Порхун
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
кафедра неврологии и нейрохирургии

В практической работе неврологов, мануальных терапевтов и врачей других специальностей довольно часто встречается аномалия развития первого шейного позвонка - аномалия Киммерле (АК).

В норме на задней дуге атланта располагается борозда позвоночной артерии (ПА), где проходит одноименная артерия и образует здесь резервную петлю. При поворотах головы ПА перемещается в пределах борозды на задней дуге и за счет этого кровоток не меняется. АК представляет собой костный мостик, который перекидывается через борозду и образует костный канал (5). В результате этого, подвижность резервной петли резко ограничивается. При поворотах головы за счет жесткой фиксации ПА ухудшается гемодинамика в вертебрально-базилярном бассейне (ВББ). Таким образом, костный мостик на задней дуге первого шейного позвонка приводит к снижению кровотока в ПА.

В литературе приводятся клинические наблюдения, где АК является причиной появления симптомов недостаточности кровообращения в ВББ в виде вегетативно-вестибулярного синдрома, зрительных расстройств, глазодвигательных, речевых, координаторных и других нарушений (1, 3). Реже происходит критическое снижение уровня кровотока и формирование зоны некроза мозговой ткани (3, 6).

Известно, что размер, форма, а также расположение и замкнутость отверстия ПА при аномалии С-1 позвонка могут быть различными (2). Размер костного канала определяет прогноз заболевания и тактику лечения больных. Основным методом диагностики этой патологии является рентгенография шейного отдела позвоночника в боковой проекции. При этом истинные размеры канала и его рентгенографическое изображение будут различными, так как рентгеновские лучи имеют расходящееся направление (см. схему). Это не позволяет определить размеры костного канала.

Нами предложен следующий способ измерения костных каналов, в том числе и канала для ПА. Для этого необходимо две рентгеноконтрастные метки в форме колец с заданными размерами разной толщины - диаметром 10 мм. Обе метки располагают в непосредственной близости от исследуемого костного канала (на сосцевидных отростках височных костей с двух сторон).

Получаем рентгеновское изображение исследуемого костного канала и меток, которые не соответствуют истинным размерам в силу проекционных искажений, описанных выше. Разная толщина меток позволяет определить, какая из них находится ближе к экрану. После этого с помощью не сложных математических расчетов можно определить истинные размеры костного канала при АК.

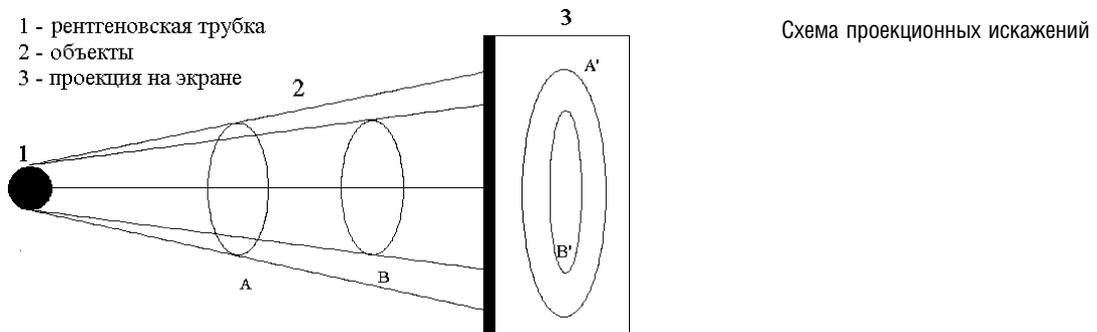
Таким образом, предложенный способ позволяет количественно оценить размеры костного канала при аномалии развития С-1 позвонка независимо от проекционных искажений и без использования дорогостоящих методов диагностики.

Предложенный способ защищен авторскими правами и зарегистрирован как рационализаторское предложение (№ 1204 от 17.11.97).

В последующем мы произвели обследование по предложенной методике 135 больных, из которых 85 находились на стационарном лечении в клинике неврологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова и 50 больных амбулаторного профиля. 70 больных - мужчины и 65 женщины. Возраст обследованных составлял от 15 до 77 лет. В 85 % случаев причиной обращения к врачу послужили различные жалобы неврологического характера, а 15% - АК была диагностирована как случайная находка. Среди неврологических синдромов ведущим был вестибулярный синдром (50%). В 19 % вестибулярный синдром имел позиционный характер. Сочетание вестибулярного синдрома с другими синдромами: кохлео-вестибулярным синдром в 44 %, вегетативно-вестибулярным синдром в 40 %, синкопальные состояния в 9,6 %, синкопальные состояния позиционного характера (при повороте или запрокидывании головы) в 4 %, синкопальные состояния в сочетании с вестибулярным синдромом в 1,5 %, ОНМК в ВББ, подтвержденные нейровизуализационными методами диагностики (КТ или МРТ головного мозга) 3 %. Обращает на себя внимание, что в 60 % случаев неврологические расстройства имели транзиторный характер, а в 40 % были стойкими. В 11 % случаев отмечено сочетание АК с другой патологией: эпилепсия или эпилептический синдром, атеросклеротическая болезнь (по данным лабораторно-инструментального исследования), шейный корешковый синдром разной степени выраженности.

При анализе полученных данных обращает на себя внимание высокая частота встречаемости вестибулярного синдрома при АК, а также появление симптомов недостаточности кровообращения в ВББ при определенных положе-

ниях головы (это позволяет избежать осложнений при манипуляциях на шейном отделе позвоночника). Необходимо также обратить внимание на то, что АК не всегда служит причиной неврологических расстройств. Нам представляется важным необходимость измерения канала для позвоночной артерии, поскольку количественная оценка костного канала будет определять лечебную тактику и прогноз заболевания. В дальнейшем планируется проведение катанестического исследования с целью выяснения коррелятивных отношений между величиной костного отверстия на задней дуге С-1 позвонка и течением заболевания, а также ее роль в патогенезе хронической сосудисто-мозговой недостаточности в ВББ.



ЛИТЕРАТУРА

1. Барсуков С.Ф., Антонов Г.И., //Военно-медицинский журнал.-1992 .-№10. с.32.
2. Верещагин Н.В. Патология ВББ и нарушения мозгового кровообращения. М., 1980 г.
3. Задворнов Ю.Н. - Вестник рентгенологии., 1979., №6, с.9-15.
4. Лачкепиани А.Н., Курдюкова-Ахвелидиани Л.С.//Журнал Невропатологии и Психиатрии, 1990 ., №1., -с.23-26.
5. Цыпкина А.Г. Справочник по математике. Москва, «Наука», Главная редакция физико-математической литературы, 1979.
6. Kimmerle A. - Rontgenpraxis, 1930, Bd2 S. 479-480.

ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ КОНФИГУРАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЕЙ

Д.В. Скворцов ², И.В. Шкатов ¹
¹ПВЛ, ²НМФ МБН, г.Москва

Анатомические изменения в различных отделах позвоночника и их взаимоотношение с тазовым и плечевым поясом остаются не ясными. Это имеет значение как в статике (в основной стойке), так и при функциональных пробах - сгибание-разгибание, боковые наклоны, ротация вправо-влево, в положении лёжа, лёжа при тракции и др.

Для исследования нами применён функциональный трёхмерный сканер позвоночника (производство НМФ МБН, г. Москва). Исследование производилось у больных с различными формами дорсопатии в положении стоя, сидя, лёжа и при функциональных пробах. Анализу были подвергнуты графические формы отчёта, представляющие изображения позвоночника, тазового и плечевого пояса во фронтальной, сагиттальной и поперечной плоскости, также расчётные параметры, характеризующие положение позвоночника и его отделов, и его соотношение с тазовым и плечевым поясом и поясов конечностей друг с другом. Кроме этого, по каждому отделу позвоночника анализировались его индивидуальные геометрические параметры.

Предварительные результаты исследования показали, что визуальное восприятие врачом вертебрологического пациента может существенно расходиться с результатом объективной регистрации. Это может быть связано как с индивидуальными особенностями, способности врача к пространственному мышлению, так и сложности визуального восприятия (особенно для поперечной и сагиттальной плоскостей). В то же время, обнаруживаемые с помощью трёхмерного сканера изменения анатомического и функционального состояния позвоночника, его взаимоотношений с поясами конечностей являются ценной диагностической информацией, пока не доступной врачу иными, не инструментальными или не инвазивными способами.

Анализ индивидуальных геометрических параметров отделов позвоночника при функциональных пробах показал, что данная информация позволяет определить биомеханику данного отдела и диагностировать функциональные изменения в нём.

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ
МИГАТЕЛЬНОГО РЕФЛЕКСА И ЕГО ДИНАМИКА
ПОД ВЛИЯНИЕМ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ
С РОДОВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ
ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

М.И. Скоробогач, А.А. Лиев
Кафедра вертеброневрологии с курсом мануальной медицины СГМА

Среди пациентов с родовыми повреждениями шейного отдела позвоночника наиболее часто при рентгенологическом исследовании выявляются ротационные подвывихи атланта 47,3% (Фаттахов В.В. с соавт., 1999). Актуальна проблема и нейрофизиологической диагностики родовых травм шейного отдела позвоночника. Вместе с тем, несмотря на доступность использования мигательного рефлекса в диагностике, изучении динамики лечения у пациентов с последствиями родовых повреждений шейного отдела позвоночника, возможности данного метода не изучены.

Исследовалось 35 детей с верифицированным рентгенологическим методом ротационным подвывихом атланта с клиническими проявлениями последствий перинатальных повреждений нервной системы. Мигательный рефлекс регистрировался на электронейромиографе «Нейро-ЭМГ-Микро». Электрическая стимуляция проводилась в проекции выхода надглазничного нерва. Регистрация рефлекторных ответов с круговой мышцы глаза осуществлялась с помощью накожных электродов (Бадалян Л.О., Скворцов И.А., 1996).

Анализировались параллели между стороной патобиомеханических изменений суставов головы и нейрофизиологическими характеристиками мигательного рефлекса. Так у пациентов, преимущественно на стороне ротационного подвывиха, отмечается увеличение длительности R2-компонента до полного слияния с R3-компонентом. В результате регистрируется один гигантский полифазный поздний полисинаптический ответ. Латентность позднего полисинаптического ответа на стороне, противоположной стимуляции, была удлинена. После проведенной мануальной коррекции патобиомеханических изменений шейного отдела позвоночника у пациентов отмечалось уменьшение длительности позднего полисинаптического ответа или четкая регистрация отдельных R2- и R3-компонентов с тенденцией к нормализации их латентности и длительности, с уменьшением амплитуды компонентов при тех же характеристиках стимуляции.

Таким образом, у пациентов с ротационным подвывихом атланта установлена прямая корреляция между стороной подвывиха атланта, а также обратная корреляция между эффективностью мануальной терапии и длительностью позднего полисинаптического компонента мигательного рефлекса.

**УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ
ДИСКОВ ПРИ ШЕЙНЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ**

И. Н. Шарапов, В. В. Беляков, Н. П. Елисеев, З. Р. Гуров
Поликлиника ООО «Центр реабилитации», г. Обнинск

Шейные болевые синдромы являются одними из самых распространенных в неврологической практике. Боль в шее встречается на протяжении жизни у каждого третьего человека, причем, в основном, в наиболее трудоспособном возрасте (30 - 50 лет). Механизм возникновения боли в шее связан с раздражением рецепторов синувертбрального нерва Люшка при дистрофических изменениях фиброзного кольца МПД, протрузиях, грыжах дисков, костных разрастаниях, нестабильности или функциональных блокадах ПДС.

В последнее десятилетие в связи с развитием высокоинформативных методов нейровизуализации (КТ, МРТ) диагностика дистрофических изменений МПД вышла на качественно новый уровень. Вместе с тем

появляется много сообщений о частом несоответствии размеров грыжевого выпячивания выраженности клинических проявлений, а следовательно, даже КТ и МРТ не могут быть определяющими методами диагностики у конкретного больного. В последние годы широкое распространение получают ультразвуковые методы исследования позвоночника. Методика ультразвукографии шейного отдела позвоночника разработана на кафедре ультразвуковой диагностики Уральской медицинской академии под руководством проф. А.Ю. Кинзерского. В поликлинике «Центр реабилитации» ультразвукография шейного отдела позвоночника применяется с марта 2002 года. Исследование проводится на аппарате «Аloka-1700» электронным конвексным датчиком с частотой 5 МГц. В положении пациента лежа на спине паратрахеальным доступом последовательно в саггитальной и горизонтальной плоскости с уровня С7-С6 до уровня С2-С3 с одной и другой стороны. При этом оцениваются структура и размеры МПД, размеры спинномозгового канала, корешковых рукавов, желтой связки, структура эпидурального пространства, проводится исследование с функциональными пробами. Вместе с оценкой структур МПД и задискового пространства в В-режиме возможно исследовать эпидуральный кровоток в режиме энергетического доплера, а также провести дуплексное или триплексное сканирование позвоночных артерий, получив тем самым исчерпывающую информацию о состоянии шейного отдела позвоночника. Было проведено исследование 40 больных с шейными болевыми синдромами. По клиническим проявлениям были выделены группы: 1-я группа - больные с цервикалгией - 18 человек (45%), 2-я группа - больные с цервикобрахиалгией - 16 человек (40%), 3-я группа - больные с компрессионными радикулопатиями - 6 человек (15%).

Целью исследования явилось изучение структурных изменений МПД методом ультразвукографии и сопоставление полученных данных с клиническими проявлениями.

Комплекс исследований состоял из клинического исследования с оценкой неврологического и ортопедического статусов, мануальной диагностики, рентгенологического исследования с функциональными пробами, ультразвукографии шейного отдела позвоночника. Патология, выявленная при ультразвукографии, подтверждалась МРТ-исследованием шейного отдела позвоночника, нестабильность ПДС - при функциональной рентгенографии.

В результате клинического и ультразвукографического исследования выявлены и сопоставлены определенные особенности формирования шейных болевых синдромов. У 4-х больных с клиникой цервикалгии или цервикобрахиалгии ультразвукографически патологии МПД выявлено не было.

У большинства больных с цервикалгиями выявлялись следующие изменения МПД: начальные дистрофические изменения МПД в виде повышения эхогенности пульпозного ядра (появление в ПЯ точечных гиперэхогенных включений), расширение и повышение эхогенности границы между ПЯ и ФК, нестабильность ПДС, выражающаяся в смещении тел позвонков относительно друг друга при функциональных пробах более чем на 2 мм. У 4-х пациентов были выявлены протрузии МПД до 2 мм в сочетании с гиперэхогенностью пульпозного ядра и снижением высоты МПД.

У больных с цервикобрахиалгиями выявлялись изменения в пульпозном ядре аналогичные таковым при цервикалгиях, протрузии МПД в виде выпячивания заднего контура в спинномозговой канал без признаков его разрыва, нестабильность ПДС. У 5 больных были выявлены грыжи МПД в виде разрыва фиброзного кольца и выпячивания контура диска в спинномозговой канал, развитием реактивного эпидурита. В группе больных с шейными радикулопатиями на фоне дистрофических изменений ПЯ выявлялись грыжи МПД и/или реактивный эпидурит на уровне поражения, у 1-го больного - полная фибротизация МПД.

Таким образом, применение ультразвукографии шейного отдела позвоночника позволяло с высокой точностью диагностировать дистрофические изменения МПД на разных стадиях, включая самые ранние проявления, что во всех случаях позволило максимально быстро назначать адекватное патогенетически обоснованное лечение.

В условиях поликлинического приема мануального терапевта ультразвукография шейного отдела позвоночника имеет ряд важных преимуществ перед МРТ-исследованием. Наряду с высокой информативностью это относительная простота методики, доступность, безопасность, возможность многократного применения, в том числе и для контроля эффективности терапии. Мы рекомендуем в условиях поликлинического приема мануального терапевта для диагностики дискогенной патологии широко применять ультразвукографию шейного отдела позвоночника в сочетании с традиционной рентгенографией. При несоответствии клинической картины с данными ультразвукографии мы рекомендуем МРТ - исследование.

ПРОБЛЕМА ПОСТДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, СЕРТИФИКАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ПРОБЛЕМЫ ПОСТДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ В ОБЛАСТИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Л.Ф. Васильева

Российский государственный медицинский университет

Мануальная медицина как раздел медицинской науки имеет свой предмет изучения - функциональные нарушения мышечно-скелетной системы, обратимые под влиянием методов мануальной терапии. Она имеет свои методы диагностики (визуальная диагностика неоптимальности статики и динамики, нарушение активного, пассивного движения и пружинистого сопротивления между сочленяемыми поверхностями, пальпаторное и мануальное тестирование тонуса мышц) и терапии, направленные на устранение выявленных нарушений. В зависимости от локализации патобиомеханических изменений (в позвоночных двигательных сегментах, внутренних органах, кранио-сакральной системе и др.) мануальная терапия имеет несколько направлений (кранио-сакральная, вертебральная, висцеральная терапия, прикладная кинезиология). Это даёт возможность для разностороннего воздействия на организм, но, одновременно, и является одной из основных проблем в подготовке специалистов.

Существующие программы в преобладающем количестве направлены на коррекцию патобиомеханических изменений в области позвоночно-двигательных сегментов. Крайне мало времени уделяется в них другой локализации (во внутренних органах, кранио-сакральной системе), а о коррекции тонусно-силового дисбаланса и неоптимальности статики и динамики имеется лишь упоминание. Естественно, на этой почве развиваются частные школы (остеопатии, хиропрактики и др.), которые все равно не в состоянии восполнить данный пробел. Для решения этой проблемы необходимо пересмотреть программу подготовки врачей, включив в нее различные направления мануальной терапии с учетом современного уровня знаний.

Кроме того, 4-х месячная программа первичной специализации по мануальной терапии, рассчитанная на знакомство с различными направлениями мануальной терапии, не даёт возможность полного практического овладения приёмами диагностики и терапии. И врач остаётся на 5 лет с багажом неувоенных знаний. Необходимо продумать прерывистую подготовку мануальных терапевтов с поэтапной сдачей практических навыков на конференциях, всероссийских съездах. Необходимо шире проводить предцикловую подготовку в виде видеоматериалов теоретических основ, разбора больных.

В последнее время снизился приток молодых специалистов на курсы по мануальной терапии. Возможно, это связано с тем, что обучение мануальной терапии ограничено только для врачей 2-3 специальностей. Врачи других специальностей (педиатры, терапевты) не имеют возможности получить государственное образование. Необходимо привлечь к изучению диагностики функциональных нарушений организма врачей различных специальностей, не только обучая их на курсах, но и вводя в обязательную программу последипломного образования для врачей всех специальностей (наряду со знаниями организации здравоохранения) клинику и мануальную диагностику функциональных нарушений тех систем организма, которые они изучают как узкопрофильные специалисты. Например, знание клиники и диагностики дисбаланса связок перикарда для кардиолога и висцеро-эмоциональных связей для психотерапевта обогатит их практические возможности помощи пациенту.

Отсутствие внедрения представлений о мануальной терапии в медицинских институтах приводит к тому, что врач сталкивается с совершенно новым подходом к диагностике и лечению пациентов. Необходимо шире внедрять представления о мануальной терапии в систему обучения студентов последних курсов.

Предложения

1. Изменить программу подготовки по мануальной терапии. Увеличить продолжительность обучения кранио-сакральной, висцеральной терапии, коррекции неоптимальной статики, прикладной кинезиологии, диагностике функциональных патогенетических цепей между различными системами организма и др.
2. Разделить программу обучения в виде 2-х годичной прерывистой подготовки (желательно на разных учебных базах), со сдачей экзаменов по каждому из направлений мануальной терапии. Разработать систему предцикловой, межцикловой подготовки курсантов для освоения теоретических знаний.
3. Продумать систему подготовки преподавателей по мануальной терапии, взяв за основу ту сумму знаний, которыми владеет каждая из школ мануальной терапии в России и за рубежом.
4. Разработать систему внедрения знаний функциональной медицины по каждой специальности в медицинских институтах и на курсах усовершенствования врачей всех специальностей (наряду со знаниями медицинского здравоохранения).

Мануальная медицина направлена на изучение функциональных нарушений организма, которые возникают в доклинический этап развития любого заболевания, сопутствуют ему в клинический этап и задерживают этап реабилитации. Поэтому эти знания важны для врача любой специальности. Но это не просто набор ручных приемов диагностики и терапии, это цепь функциональных изменений, объединяющих различные системы организма в единое целое. И знание этих взаимоотношений превращает врача мануального терапевта во врача, владеющего основами лечебного дела. Овладением знаниями мануальной диагностики и терапии необходимо начинать обучение студентов лечебного факультета, а не заканчивать их последипломное образование. Только тогда мы сможем получить квалифицированного врача, которому не страшно доверить здоровье больного.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ «УНИФИЦИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ПО МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ»

А.Б. Ситель, В.М. Смирнов
Российский государственный медицинский университет,
Центр мануальной терапии, г. Москва

Одним из результатов успешного применения методов мануальной терапии стало принятие Минздравом РФ Приказа N 365 от 10.12.97 г. «О введении специальности «мануальная терапия» в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей». В связи с этим была пересмотрена программа подготовки врачей - мануальных терапевтов.

Сотрудниками курса мануальной терапии факультета усовершенствования врачей Российского государственного медицинского университета (ФУВ РГМУ), кафедры рефлексотерапии и мануальной терапии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО) и других учебно-методических учреждений разработана, утверждена в 1998 году и издана в 2000 году «Унифицированная программа последипломного обучения врачей по мануальной терапии», включающая программу первичной специализации, циклы общего и тематического усовершенствования, сертификационные, аттестационные и другие учебные курсы. Программа обязательна для всех учебных учреждений, входящих в систему Минздрава РФ. Она создавалась в крайне сжатые сроки, преимущественно преподавателями и методистами г.Москвы и, естественно, имеет ряд недостатков. Через 5 лет учебные программы должны пересматриваться. Приближается время пересмотра и для нашей программы, поэтому мы призываем совместными усилиями мануальных терапевтов всей России уже сейчас приступить к этой работе.

В сегодняшней ситуации наиболее разумным и естественным было бы дальнейшее сплочение специалистов, исцеляющих больных собственными руками. Единственной объединяющей эти методы лечения специальностью, является мануальная медицина или мануальная терапия. «Мануальная медицина, несмотря

на ее многочисленные отрасли, представляет собой единое целое» (К.Левит). Общеизвестно, что основными направлениями, на которых возникла новая специальность, являются остеопатия (основатель A.Still) и хиропрактика (основатель D.D.Palmer). Однако «в настоящее время, несмотря на наличие международной федерации мануальной медицины (FIMM), организованной совместными усилиями обоих направлений, в мире существуют многочисленные хиропрактические и остеопатические центры (США, Англия)» (Г.А.Иваничев).

Прошло 5 лет и возникла парадоксальная ситуация - не успев окончательно оформиться в полноценную медицинскую и научную специальность, мануальная терапия оказалась под угрозой развала. Специалисты остеопатии активно настаивают на выделении последней в отдельную врачебную специальность. Об этом шла речь на 1 Международной конференции «Преподавание остеопатии в России: состояние вопроса и перспективы» 3-4 июля 2002 года в Санкт-Петербурге.

Разгорелась жаркая дискуссия между классическими мануальными терапевтами и остеопатами. Этому можно найти обоснование. В «Унифицированной программе» конкретным вопросам остеопатии уделено около 4% учебного времени. Это положение можно исправить. Без особого ущерба для программы этот процент можно увеличить до 12,5% (72 часа). У нас имеются конкретные предложения по редакции учебно-тематического плана в этом направлении. Более того, в «Унифицированной программе» предусмотрено проведение циклов тематического усовершенствования продолжительностью 1-2 месяца (до 288 часов). Есть возможность создания нескольких циклов по различным аспектам остеопатии. Для этого необходимо создать заново этот новый раздел программы.

После прохождения цикла первичной специализации по мануальной терапии врач получает сертификат специалиста и может официально работать по врачебной специальности. При наличии желания, времени и финансовых средств (кстати, весьма немалых - 20 000\$) мануальный терапевт может продолжать свое совершенствование в остеопатии. Нам кажется, что это разумный подход к решению возникшей проблемы распада мануальной терапии как врачебной специальности.

Выводы.

После утверждения «Унифицированной программы по мануальной терапии» прошло 4 года. В программе выявлены некоторые недостатки. Требуется ее пересмотр, в частности, увеличение раздела, посвященного остеопатии, с 4 до 12,5%. Имеются конкретные предложения по совершенствованию программы. Необходимо более активное участие профессорско-преподавательского состава мануальных терапевтов России в совместной работе над обновлением программы.

ЧАСТНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ

ЦЕЛЕБРЕКС И МЕТОД МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ЛЮМБАЛГИЕЙ

Т.Т. Батышева

Поликлиника восстановительного лечения №7, г. Москва

Современная концепция острой люмбагии включает: нарушение биомеханики двигательного акта, осанки и баланса мышечно-связочно-фасциального аппарата, дисбаланс между передним и задним мышечным поясом, дисбаланс в крестцово-подвздошных сочленениях и других структурах таза.

Наиболее частыми синдромами острой люмбагии являются: синдром торако-люмбальной фасции, «футлярный» синдром многораздельной мышцы, синдром мышц-ротаторов, синдром позвздошно-поясничной мышцы.

Для лечения острых люмбагий наиболее актуальным является применение мануальной терапии и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Обоснованным является использование анальгетического, антиагрегантного действия НПВП, а также их способность понижать чувствительность нервных окончаний к болевым медиаторам. В последние годы группа НПВП пополнилась новыми препаратами, так называемыми селективными ингибиторами циклооксигеназы-2. Их отличительной особенностью является более избирательное торможение активности одной из 2-х изоформ ключевого фермента в биосинтезе простагландинов - циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), которая по современным представлениям ответственна за биосинтез этих противовоспалительных и аллогенных веществ в очаге воспаления. Избирательные ингибиторы ЦОГ-2 в рамках контролируемых клинических исследований продемонстрировали высокий уровень безопасности.

Первым препаратом из группы избирательных ингибиторов ЦОГ-2 является целебрекс.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено с участием 68 пациентов обоего пола. Средний возраст составил 43,3 года. Длительность заболевания в среднем составила 2,4 года.

Исследование проведено амбулаторно, в условиях городской поликлиники восстановительного лечения.

На подготовительном этапе все пациенты прошли физикальное обследование, им были проведены клинико-неврологическое и мануальное исследования, компьютерно-оптическая ортоспондиллография, плантография, биомеханодиагностика. У всех из них была проведена субъективная оценка боли по визуальной аналоговой шкале (VAS). Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании.

Пациенты были рандомизированно разделены на две группы: основную (1-я группа, n=36) и контрольную (2-я группа, n=32). Пациенты контрольной группы получали комплекс физиотерапевтических и ортопедических процедур, включающий электростимуляцию пораженных мышц, мануальное (миофасциальное и мышечно-энергетическое воздействие) лечение, которое включало воздействие на все уровни позвоночника, нижние конечности, коррекцию главных зон - краниоцервикального сочленения и сочленения «позвоночник-таз», и ключевых зон - С3-С4, Т4-Т5, цервикоторакального и тораколюмбального переходов, илеосакральных суставов.

Мануальная терапия проводилась в сочетании со специальной лечебной гимнастикой. Пациенты контрольной группы нестероидные противовоспалительные препараты не получали. Пациенты основной группы, наряду с указанным комплексным лечением, получали препарат целебрекс в суточной дозе 200 мг (по 100 мг x 2 раза в день после еды) в течение 10 дней. Результаты исследования подвергали статистической обработке методами вариационной статистики с вычислением значений средней арифметической и их сравнения с использованием критерия Стьюдента (t).

Результаты и их обсуждение. Исходно клинические показатели в обеих группах были весьма близки. Они характеризовались нарушениями осанки и биомеханики двигательного акта у всех пациентов, наличием выраженного болевого синдрома на уровне 7,9-8,8 баллов (по шкале VAS), нарушениями чувствительности по сегментарному типу (у 38-40% пациентов).

В результате проведенного лечения, как в опытной, так и в контрольной группах наблюдалось отчетливое улучшение состояния пациентов, характеризующееся снижением в 3-4 раза интенсивности болевого синдрома ($p < 0,05$), улучшением осанки и биомеханики двигательного акта, состояния чувствительности и проводимости нервных импульсов. В то же время проведенный анализ изменений болевого синдрома в основной и контрольной группах позволил выявить наличие существенных различий в их динамике и выраженности.

Так, в основной группе на фоне комплексной терапии, включавшей целебрекс, наблюдалось достоверно более быстрое снижение интенсивности болевого синдрома уже на 2-3-й день лечения, тогда, как в контрольной группе такой же результат наступал на 6-й день. Важно отметить, что указанные различия были статистически достоверными ($p < 0,05$). При этом у всех пациентов основной группы был зарегистрирован анальгетический эффект. Важно отметить и то, что в 88% случаев у больных контрольной группы наблюдался полный регресс болевого синдрома.

В целом, целекоксиб переносился больными хорошо, но в 5,5% (2 пациента) имелись диспепсические и кожно-аллергические побочные эффекты.

Под влиянием проводимой комплексной терапии в обеих группах пациентов не было обнаружено изменений в показателях клинического и биохимического анализов крови.

Вывод: проведенное открытое, контролируемое рандомизированное сравнительное исследование показало, что комплексное лечение острых люмбагий, включающее метод мануальной терапии и прием целебрекса в суточной дозе 200 мг сопровождается более быстрым и прогрессирующим уменьшением болевого синдрома.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Т.Т. Батышева¹, Д.В. Скворцов³, А.И. Федин²
¹ПВЛ, ²Кафедра неврологии РГМУ, ³НМФ МБН, г. Москва

В г. Москве за период с 1991 по 2001 гг. заболеваемость болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани увеличилась на 23,4% и составила более 2000 случаев на 100 тыс. взрослого населения. Распространенность болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за этот же период выросла почти в 2 раза (1991г. - 7307, 2001г. - 12083 на 100 тыс. взрослого населения).

С целью улучшения качества оказания медицинской помощи больным с вертеброгенными заболеваниями нервной системы, Комитетом здравоохранения г. Москвы и Управлением здравоохранения Центрального административного округа была создана специализированная поликлиника восстановительного лечения № 7 (ПВЛ №7), которая явилась первым специализированным ЛПУ в системе амбулаторной нейрореабилитации этой категории пациентов. Научно - методическое руководство деятельностью поликлиники осуществляют кафедра неврологии и нейрохирургии ФУВ Российского государственного медицинского университета и кафедра психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования.

Было проанализировано 294 случая лечения в ПВЛ № 7 больных с грыжами межпозвонокового диска пояснично-го отдела (ГМДПО). Среди них преимущественно были лица от 30 до 50 лет (75,6%). Большинство с поражением 2-х и более дисков (59,5%). Среди 294 больных 14,5% составили пациенты, имеющие ГМДПО в сочетании со спондилолистезом. Размеры ГМДПО варьировали от 2 до 21 мм. Длительность заболевания была от 3 месяцев до 13,5 лет и в среднем составила 6,8 года.

На подготовительном этапе все пациенты прошли физикальное обследование, им были проведены клинико-неврологическое и мануальное исследования, электронейромиография с определением скорости распространения возбуждения по периферическим нервам (СРВ), компьютерно-оптическая ортоспондиллография, плантография, биомеханодиагностика, МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Была проведена оценка психологического состояния пациентов с использованием тестов Спилберга, Бека, Амтхауера, а также цветового теста Люшера. У всех проведена субъективная оценка боли по визуальной аналоговой шкале (VAS).

Клинические показатели характеризовались нарушениями осанки и биомеханики двигательного акта у всех пациентов, наличием выраженного болевого синдрома на уровне 7,9-8,8 баллов (по шкале VAS), психоэмоциональными

расстройствами у 78 %, нарушениями чувствительности по сегментарному типу (у 58% пациентов), снижением СРВ (у 57% пациентов), а также наличием двигательных парезов (у 25% пациентов).

Этим пациентам был проведен комплекс физиотерапевтических и ортопедических процедур, включающий мануальное (мышечно-энергетические, миофасциальные техники) и тракционное лечение в сочетании с лечебной гимнастикой и занятиями с психотерапевтом, электрофорез с протеолитическим ферментом карипазимом, электростимуляция пораженных мышц.

В целом, в группе наблюдения отмечена хорошая переносимость терапии, у всех больных наступило улучшение самочувствия. В результате проведенного лечения наблюдалось отчетливое улучшение состояния пациентов, характеризующееся снижением в 3–4 раза интенсивности болевого синдрома ($p < 0,05$), улучшением осанки и биомеханики двигательного акта, состояния чувствительности и проводимости нервных импульсов, а также уменьшением психоэмоциональных нарушений.

По данным катанеза, из находившихся под наблюдением 294 больных ГМДПО, получавших комплексное лечение, у 74,1 % наблюдалось значительное улучшение (не было рецидива заболевания в течение 2-х лет), у 21,1% было улучшение (полная ремиссия до 1 года) и у 4,8% больных мы наблюдали уменьшение болевого синдрома. Необходимо отметить, что незначительное улучшение наступило у больных, которые страдали наиболее тяжелым сочетанным поражением нескольких дисков, спондилолистезом и имели длительный анамнез заболевания. Этой категории больных было рекомендовано оперативное лечение.

Выводы: целенаправленное использование поликлиники восстановительного лечения для реабилитации пациентов с вертеброгенными заболеваниями нервной системы позволяет рано выявить грыжевые формы течения корешкового синдрома и провести адекватную терапию, что способствует значительному снижению сроков временной нетрудоспособности, предупреждению инвалидизации и повышению качества жизни у наблюдаемой категории больных.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СИМПТОМАТИКА ПОЯСНИЧНОЙ ДОРСОПАТИИ

Т.Т. Батышева¹, Л.Р. Русина¹, Д.В. Скворцов³, А.И. Федин², И.В. Шкатов¹
¹ПВЛ, ²Кафедра Неврологии РГМУ, ³НМФ МБН, г.Москва

Двигательные нарушения при поясничной дорсопатии остаются слабо изученными. В то же время, функциональная симптоматика является необходимой составляющей для определения состояния пациента и его динамики в результате лечебных воздействий.

Нами проведено обследование походки и основной стойки на программно-аппаратном комплексе «МБН-БИОМЕХАНИКА» 30 амбулаторных пациентов с различными клиническими формами поясничной дорсопатии. Группа была разделена на три подгруппы по локализации болевого синдрома: двусторонний (8 человек), левосторонний (15 человек) и правосторонний (9 человек).

Средний результат по длительности цикла шага и взаимоотношению периодов опоры и переноса соответствует норме. В подгруппах, выделенных по локализации болевого синдрома, обнаружены типичные фазовые компенсаторные изменения внутренней временной структуры цикла шага, выраженность которых незначительна.

В суставах нижних конечностей характерно снижение амплитуд движений. Имеются асимметрии движений между суставами левой и правой ноги, что особенно выражено со стороны коленных и голеностопных суставов. В коленных суставах характерно снижение амплитуды первого сгибания, а для голеностопного – второго разгибания.

Реакции опоры характеризуются высокой степенью симметрии справа и слева. Из других симптомов отмечается снижение амплитуд максимумов и увеличение значения минимума по вертикальной составляющей, что приводит к сужению диапазона переменных динамических нагрузок. Наибольшие изменения выявлены в фазу принятия веса тела. Имеется существенное снижение амплитуд по вертикальной и продольной составляющим. Только подгруппа больных с правосторонним болевым синдромом имеет выраженную асимметрию по этим параметрам. В этой подгруппе для правой стороны амплитуды максимумов существенно снижены.

Стабилометрическое исследование показало, что абсолютное большинство обследованных имеют смещение положения общего центра давления (ОЦД) как во фронтальной, так и в сагиттальной плоскости.

Изменение положения ОЦД во фронтальной плоскости, в целом, не значительные во всех подгруппах. Так, в подгруппе с левосторонним болевым синдромом, из 15 человек у 7 ОЦД смещён вправо, причём величина смещения достигает 30 мм (при этом на левую ногу приходится только 37% веса тела. Таким образом, проявляется механизм

активной разгрузки больной стороны. Остальные же 8 пациентов имеют смещение ОЦД в сторону больной конечности, т.е. имеет место перегрузка по больной стороне. Таким образом, биомеханически имеется препятствие саногенезу. Аналогичная картина наблюдается в подгруппе с правосторонним болевым синдромом - из девяти пациентов, только у пяти имеется нормальная саногенетическая реакция смещения ОЦД в сторону здоровой (левой) конечности. Остальные имеют разной выраженности перегрузку по больной стороне. В подгруппе с двусторонним болевым синдромом «голоса» распределились поровну. Однако, по абсолютному значению превалирует смещение ОЦД влево.

Положение ОЦД в сагиттальной плоскости не имеет существенных отличий от нормы для подгрупп с моносторонним болевым синдромом. Только для подгруппы двустороннего болевого синдрома характерно смещение ОЦД вперед.

Амплитуда колебаний ОЦД во фронтальной плоскости выше нормы для больных с левосторонним и двусторонним болевым синдромом. Амплитуда колебаний ОЦД в сагиттальной плоскости превышает норму во всех подгруппах, что особенно выражено для подгруппы с левосторонним болевым синдромом. В целом, данные симптомы характеризуют баланс пациентов, как нестабильный. Последнее подтверждается значительным превышением нормы для показателей длины статокинезиограммы и, особенно, для её площади. Относительная стабильность наблюдается только в подгруппе с правосторонним болевым синдромом.

Значение показателя скорости движения ОЦД не показало специфических изменений у обследованных пациентов. Средние значения преимущественной частоты колебания во фронтальной или сагиттальной плоскости существенно отличаются от нормы. Но разброс параметров внутри подгрупп также очень велик, т.е. группы статистически неоднородны. При этом, две трети обследованных имеют преимущественную частоту колебаний по фронтальному или сагиттальному направлению в пределах нормы. Оставшиеся показывают увеличение частоты, вплоть до частоты в 1 Гц. В то же время, обследованные имеют многочисленные средне- и высокочастотные гармоники колебаний по обоим направлениям. Выявленные закономерности требуют дальнейшего специального изучения.

ПОКАЗАНИЯ К МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЯХ И ВЕСТИБУЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ

**Я.Н. Бобко, С.В. Соснова, С.Л. Аврусин, Е.В. Синельникова, Р.П. Пеньков, В.Г. Часнык,
Н.И. Сладкова**

Государственная педиатрическая медицинская академия, г. Санкт-Петербург

Как известно, достаточно большую часть детей с головными болями, синкопальными состояниями и головокружениями составляют дети с нарушениями кровоснабжения головного мозга, принципиально разделяемыми на 2 класса: нарушения притока и нарушения оттока. Патология обоих классов может быть обусловлена регуляторными (цереброваскулярный синдром вегето-сосудистой дистонии) и анатомическими изменениями. В качестве диагностической процедуры при дифференцировке состояний, сопровождающихся нарушением гемодинамики в артериальном отделе кровеносного русла, используют интракраниальную и экстракраниальную (сосудов шеи) доплерографию, рентгеноконтрастные методы исследования, ядерный магнитный резонанс, компьютерную томографию, реоэнцефалографию. Все эти методы достаточно дороги и трудоемки, а значит, и факультативны, что в значительной мере обуславливает расхождение результатов исследования встречаемости нарушений кровоснабжения головного мозга у детей. Вероятно, в настоящее время целесообразно их использование только в качестве решающих после предварительного отбора с помощью скрининг-методов первого-второго уровней, к которым можно было бы отнести и средства мануальной медицины.

Дополнительные трудности для скрининг-диагностики создаются очень широким диапазоном индивидуального разброса значений гемодинамических показателей (при доплерографии он достигает 20 - 50% от средних по возрасту значений), что делает невозможным надежное распознавание патологии гемодинамики у очень большого количества детей.

Цель настоящей работы - оценка информативности мануальных методов диагностики и эффективности мануальной коррекции нарушений кровоснабжения головного мозга у детей.

Материалы и методы. Обследованы 145 детей обоего пола в возрасте 8 - 12 лет, имевших жалобы на головокружения, тошноту, обмороки, сердцебиения, вестибулопатии. Программа исследований включала в себя оценку харак-

Таблица 1

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАНУАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ КРОВОТОКА В ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЯХ

№	Название хар-ки	Значение хар-ки #	Станд. откл.	Сравнимые хар-ки	T*	P=
1	Макс. скорость кровотока справа до коррекции	60.8	11.2	1 и 2	9.7	.000000
2	Макс. скорость кровотока справа сразу после коррекции	67.4	10.7	2 и 3	3.7	.0002
3	Макс. скорость кровотока справа через 1-2 нед. после коррекции	69.3	10.7	1 и 3	10.1	.000000
4	Мин. скорость кровотока справа до коррекции	15.4	3.4	4 и 5	3.6	.0005
5	Мин. скорость кровотока справа сразу после коррекции	14.5	2.2	5 и 6	2.7	.007
6	Мин. скорость кровотока справа через 1-2 недели после коррекции	14.0	1.5	4 и 6	5.2	.000001
7	Макс. скорость кровотока слева до коррекции	61.6	11.5	7 и 8	10.2	.000000
8	Макс. скорость кровотока слева сразу после коррекции	67.2	11.2	8 и 9	2.4	.02
9	Макс. скорость кровотока слева через 1-2 нед. после коррекции	68.4	11.0	7 и 9	10.8	.000000
10	Мин. скорость кровотока слева до коррекции	15.1	3.2	10 и 11	3.6	.0004
11	Мин. скорость кровотока слева сразу после коррекции	14.4	1.9	11 и 12	3.5	.0006
12	Мин. скорость кровотока слева через 1-2 недели после коррекции	13.8	1.8	10 и 12	5.3	.000000
13	Сист. давление до коррекции	101.1	12.0	13 и 14	.25	.802
14	Сист. давление сразу после коррекции	100.9	11.3	-	-	-
15	Диаст. давление до коррекции	61.5	7.8	15 и 16	.30	.76
16	Диаст. давление сразу после коррекции	61.3	7.1	-	-	-
17	Сист. давление в ортостазе до коррекции	103.9	12.2	17 и 18	.5	.60
18	Сист. давление в ортостазе сразу после коррекции	104.2	11.0	-	-	-
19	Диаст. давление в ортостазе до коррекции	68.6	8.7	19 и 20	1.5	.13
20	Диаст. давление в ортостазе сразу после коррекции	67.7	7.1	-	-	-

Примечание: * T - критерий Фишера-Стьюдента, # давление - в мм.рт.ст., скорость - в см/с

теристик кровотока в позвоночных артериях, измерение системного артериального давления, tilt-test, исследование структуры ритма сердца (гистограмма, автокорреляционная функция, функция спектральной плотности мощности) до, через 30 - 60 минут и через 1 - 2 недели после стандартизованного сеанса мануальной терапии. Эффективность коррекции оценивалась по изменению характеристик кровотока в a.vertebralis, определяемых методом доплерографии, и динамике жалоб. Статистическая обработка материала проведена с использованием программных средств пакета STATISTICA (v5.5) (линейное регрессионное моделирование, ANOVA, t-критерий Фишера-Стьюдента). Ведение баз данных - с использованием программных средств пакета DBASE IV.

Результаты. Некоторые результаты мануальной коррекции характеристик системного артериального давления и линейной скорости кровотока в a.vertebralis представлены в табл. 1.

Как следует из представленных в таблице данных, эффективность мануальной терапии по программе, сформированной с учетом результатов исследований, описанных ранее, достаточно высока.

Зарегистрированы достоверное увеличение максимальной и достоверное уменьшение минимальной линейной скорости кровотока билатерально сразу после и через 1-2 недели после коррекции. Интересно, что вопреки распространенному среди мануальных терапевтов мнению, полученные нами данные свидетельствуют, в целом, о закономерном увеличении периферического сопротивления после сеанса мануальных терапевтов мнению о снижении сопротивления сосудистого русла в бассейне позвоночной артерии после мануальной терапии, было выявлено его увеличение (увеличение пульсационного индекса Gosling, систоло-диастолического коэффициента Stuart, индекса сопротивления Pourcelot). Естественно предположить, что эффективность мануальной коррекции характеристик кровотока, должна быть связана, скорее, с уменьшением периферического сопротивления, чем с его увеличением. В нашем исследовании из 145 детей, предъявлявших жалобы на головные боли, головокружения, синкопальные состояния, тошноту и вестибулопатии, и направленных по этому поводу к мануальному терапевту, реально зарегистрировано улучшение кровообращения в a.vertebralis (уменьшилось периферическое сопротивление) у 25 (17%) через 30 - 60 минут и у 17 (12%) через 1-2 недели после сеанса. Однако, снижение частоты жалоб у 65% детей подтверждает его лечебный эффект и в случае увеличения сопротивления сосудистого русла, что не позволяет объяснить его лишь динамикой сопротивления.

Отсутствие изменения системного артериального давления до и после коррекции свидетельствует о том, что зарегистрированная нами динамика вряд ли может быть объяснена эмоциональными эффектами собственно процедуры.

Полученные при таком анализе результаты подтверждаются и регрессионным моделированием, проведенным с целью выявления среди всех детей, предъявляющих жалобы на головные боли, головокружения, обмороки, тошноту, вестибулопатии (управляемые переменные), детей, состояние которых может быть улучшено применением средств из арсенала мануальной терапии (устранение межпозвонковых функциональных блоков, кранио-сакральные методики и др.).

Некоторые результаты моделирования представлены в табл. 2.

Перечень управляющих переменных, приведенных в таблице, может быть рассмотрен с точки зрения показаний к проведению мануальной терапии. Собственно говоря, перечень управляющих переменных и является комплексом признаков, сочетание которых и есть показание к проведению мануальной терапии. Вероятность успеха - это доля объясненной этими признаками дисперсии управляемой переменной, в качестве которой выступают жалобы.

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование выявило, что определяемое традиционными клинико-физиологическими методами улучшение кровообращения головного мозга у детей в возрасте 8-12 лет при использовании приемов мануальной терапии может быть достигнуто только при нарушении кровотока в позвоночных артериях, и только в 17 - 23 % случаев; у значительного количества этих детей (71%) положительный эффект сохраняется, по меньшей мере, в течение 1-2 недель.

Данное исследование позволило также сформулировать следующие показания к направлению на сеанс мануальной терапии:

Таблица 2

**НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГРЕССИОННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ НЕКОТОРЫХ ЖАЛОБ
В КАЧЕСТВЕ УПРАВЛЯЕМЫХ ПЕРЕМЕННЫХ**

№	Управляющие переменные	Знак	Управляемая переменная	P=	Доля объясненной дисперсии (%)
1	Высокое диаст.давл-е в ор-тостазе	+	Головная боль	.001	23
	Функц. блок С7	-		.000	
	Функц. блок С1-2	+		.023	
	Увелич-е макс.лин.ск-сти кровотока в a.vertebralis через 60 мин. после сеанса	+		.051	
	Функц. блок С6	+		.013	
	Функц. блок С4	-		.004	
2	Увелич-е макс.лин.ск-сти кровотока в a.vertebralis через 60 мин. после сеанса	+	Головокружения	.051	21
	Большая макс.лин. ск-сть кровотока в a.vertebralis	-		.018	
	Большая мин. лин. ск-сть кровотока в a.vertebralis	+		.012	
	Уменьш-е мин.лин. ск-сти кровотока в a.vertebralis через 60 мин. после сеанса	-		.054	
	Высокое диастолическое давление в ортостазе	+		.047	
	Высокое диастолическое давление в клиностазе	-		.054	
3	Высокое диастолическое давление в ортостазе через 60 мин после сеанса	+	Вестибулопатии	.005	17
	Высокое диастолическое давление в клиностазе	-		.002	
	Большая мин.лин.скорость кровотока в a.vertebralis	-		.024	
	Уменьш-е мин.лин. ск-сти кровотока в a.vertebralis через 60 мин. после сеанса	+		.054	

Регрессионное моделирование для случаев обмороков, тошноты и рвоты не было столь успешным - доля объясненной дисперсии не превышала 7 - 10 %.

- а) **в случае жалоб на головные боли:**
- выявление функционального блока С1-2, С6 при отсутствии функционального блока С7, С4;
 - высокое диастолическое давление через 2 минуты после перехода в ортостаз в режиме использованного tilt-test'a;
 - увеличение максимальной линейной скорости кровотока в позвоночной артерии через 30-60 минут после сеанса мануальной терапии;
- б) **в случае жалоб на головокружения:**
- малые значения максимальной линейной скорости кровотока в a.vertebralis в покое;
 - большие значения минимальной линейной скорости кровотока в a.vertebralis в покое;
 - высокое диастолическое давление через 2 минуты после перехода в ортостаз в режиме использованного tilt-test'a, при невысоком диастолическом давлении в клиностазе;
 - увеличение минимальной линейной скорости кровотока в a.vertebralis через 30-60 минут после сеанса мануальной терапии;
 - увеличение максимальной линейной скорости кровотока в a.vertebralis через 30-60 минут после сеанса мануальной терапии;
- в) **в случае вестибулопатий:**
- невысокие значения диастолического давления в клиностазе;
 - малые значения минимальной линейной скорости кровотока в a.vertebralis в покое;
 - высокие значения диастолического давления в ортостазе через 30-60 мин после сеанса мануальной терапии;
 - уменьшение минимальной линейной скорости кровотока в a.vertebralis через 30-60 минут после сеанса мануальной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕННЫХ БОЛЕЙ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

И.К. Гайсин¹, А.Ф. Галлямова¹, Ю.О. Новиков¹, И.А. Кутузов²

¹ Кафедра мануальной терапии ИПО БГМУ, Уфа

² Отделение реабилитации НИИ нейрохирургии РАМН, Москва

В ряде случаев боли в нижней части спины являются следствием депрессивно - ипохондрических расстройств, которые обозначают как психогенные или «нервные» люмбагии. Отсутствие, либо минимальные объективные признаки биомеханических нарушений при высокой субъективной оценке боли затрудняет диагностику и лечение данной категории больных [1, 3].

Целью нашей работы было изучение клинических особенностей психогенных болей в нижней части спины.

Нами было проведено клинико-рентгенологическое обследование 74 больных с болью в нижней части спины, из которых 35 женщин и 39 мужчин в возрасте от 22 лет до 51 года (средний возраст 39,4(0,34), длительность заболевания составила от 2 месяцев до 7 лет. Боль в нижней части спины была представлена люмбагией (34,4%), люмбоишиалгией с нейродистрофическими проявлениями (21,7%), люмбоишиалгией с вегетативно-сосудистыми проявлениями (19,7%), люмбоишиалгией с мышечно-тоническими проявлениями (16,4%), пояснично-крестцовым радикулитом (7,8%). На основе данных функционирования позвоночника (флексия, экстензия, ротация, латерофлексия), степени изменения мышечного тонуса, наличия деформации позвоночника как во фронтальной, так и сагиттальной плоскостях, выраженности боли при пальпации триггерных точек, степени иррадиации при пальпации триггерных точек, тензоальгометрии у всех больных проводился анализ динамических и статических изменений позвоночника с последующим расчетом интегрального показателя болезни, отражающим характер и выраженность клинических проявлений при поражении пояснично-крестцового отдела позвоночника [2, 4]. Для оценки выраженности болевого синдрома применялась визуальная аналоговая шкала (ВАШ). При молестиио-клиническом анализе больные были разделены на две группы: 1 группа - 44 человека с психогенной болью в нижней части спины и 2 группа - 30 человек с болью в нижней части спины миофасциального и спондилогенного генеза.

Кроме того, проводилось изучение психологического статуса анкетным методом с использованием Гиссенского опросника, анкеты оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН), анкеты реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Спилбергер-Ханина.

Характерной жалобой больных были боли в области пояснично-крестцового перехода, причем в 74,5% с иррадиацией в ягодичную область и область бедра. При рентгенологическом исследовании у 48 (64,9%) больных выявлены признаки дистрофических изменений 1-2 степени на пояснично-крестцовом уровне. В результате проведения мануального тестирования у 59 (79,7%) больных была выявлена соматическая дисфункция сегмента L_v-S₁, у 32 (43,2%) больных - на уровне L_v-S₁ и L₄-L₅, а у 54 (72,9%) были выявлены различные варианты соматических нарушений таза.

При оценке выраженности болевого синдрома по ВАШ выявились достоверно более высокие показатели ($p < 0,01$) у больных 1 группы, которые составили $7,9 \pm 0,34$ по сравнению с аналогичным показателем больных 2 группы - $6,7 \pm 0,4$. Однако, при оценке данных инструментальных методов обследования выявилась диссоциация между выраженностью болевого синдрома и степенью патобиомеханических изменений позвоночника у больных 1 группы. Так, мионометрическое исследование больных 1 группы выявило достоверно более низкие показатели ($p < 0,01$) по сравнению с больными 2 группы (соответственно $51,4 \pm 0,12$ и $73,8 \pm 0,2$). Показатель выраженности миофасциального болевого синдрома больных 2 группы составил $6,44 \pm 0,34$, что достоверно выше аналогичного показателя больных 1 группы - $4,12 \pm 0,32$ ($p < 0,01$). Также достоверные различия выявились при сравнении интегрального показателя болезни, который в 1 группе больных составил $18,3 \pm 0,41$, а во 2 группе - $22,29 \pm 0,36$ ($p < 0,01$).

Анализ данных психологического тестирования больных 1 группы по шкале самооценки здоровья показал, что 14,7% пациентов признали свое здоровье хорошим, 59,3% - оценивали его как удовлетворительное и 26% - как плохое (во 2 группе соответственно 31,7%, 46,7% и 21,6%). При этом 44,3% респондентов заботились о своем здоровье «время от времени» и 55,7% - затруднялись ответить.

По данным шкалы психосоциального стресса 42,8% опрошенных больных 1 группы имели высокий уровень стресса, 40,3% - средний и 16,9% - низкий уровень стресса, тогда как у больных 2 группы показатели стресса составили 34,8%, 39,8% и 25,4% соответственно. В целом, по этому показателю 66% больных женщин и 52,8% больных мужчин нуждались в психологической помощи. Тест удовлетворенностью жизнью у 44% опрошенных больных 1 группы и 12,5% опрошенных больных 2 группы выявил низкие показатели, что свидетельствует о неудовлетворенности, стрессовом состоянии, пессимистическом настроении.

Таким образом, боль в нижней части спины может быть психофизиологической реакцией, где субъективные ощущения боли не всегда коррелируют с тяжестью клинических проявлений заболевания. Это диктует необходимость включения в комплекс лечения пациентов приемы коррекции психо-невротических реакций с целью блокирования психически травмирующих воззрений, а также формирование перестройки отношений больного к своей болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика. Под редакцией А.М.Вейна. М.: Медицинское информационное агентство, 1998. - 752 с.
2. Новиков Ю.О. Дорсалгии. М.: Медицина, 2001. - 160 с.
3. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. - М.: Медицина, 1986. - 384 с.
4. Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А. Мышечная боль. - Казань, 1995. - 204 с.

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ И ТЕЧЕНИЕ ЛОКОМОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

А.Ф. Галлямова¹, М.В. Машкин¹, Ю.О. Новиков¹, И.А. Кутузов²

¹ Кафедра мануальной терапии ИПО БГМУ, г. Уфа

² Отделение реабилитации НИИ нейрохирургии РАМН, г. Москва

Работами многих авторов установлено, что более высокая встречаемость нарушений локомоторной системы выявляется у лиц, профессиональная деятельность которых связана с определенными неблагоприятными факторами труда, такими как немеханизированный физический труд, долгое пребывание в вынужденной позе, выполнение однообразных трудовых операций, переохлаждения, перегревания, вибрация, психозмоциональное напряжение, техногенные токсические воздействия [1, 2, 3]. В связи с этим остается актуальным изучение заболеваемости на промышленных предприятиях, дальнейшая разработка и внедрение комплекса санитарно-гигиенических и лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных как на улучшение условий труда и модернизацию технологических процессов, так и вторичную профилактику локомоторных нарушений.

Целью работы явилось определение роли профессионально обусловленных факторов в развитии функциональных нарушений локомоторной системы.

Изучались условия труда 714 человек, среди которых были лица более чем 40 профессий: операторы и машинисты технологических установок, электрики, слесари, водители, инженерно-технические работники и др. Обследование проводилось с использованием клинических, нейроортопедических и рентгенографических методов. Было проведено сопоставление локализации поражения в одном или нескольких регионах спины с основными неблагоприятными производственными факторами.

К неблагоприятным производственным факторам также относили контакт с продуктами нефтепереработки: бензолом, сероорганическими соединениями, фракциями бензина, мазута и дизельного топлива. Среди обследованных пациентов 348 человек имели непосредственный контакт с нефтепродуктами (первая группа), а 366 человек (вторая группа) - нет. Для выявления влияния токсических продуктов переработки нефти на развитие функциональных нарушений локомоторной системы проведен балльный анализ данных анкеты «Прогноз временной утраты трудоспособности» в зависимости от условий труда.

Основными профессионально обусловленными факторами, вызывающими функциональное перенапряжение локомоторной системы у обследованных больных были: неблагоприятный микроклимат - 411 (57,6%); контакт с нефтепродуктами и немеханизированный труд - 275 (32,9%); длительное пребывание в позе стоя - 238 (33,3%); немеханизированный труд, связанный с подъемом и переносом тяжестей - 219 (30,7%); длительное пребывание в позе сидя - 142 (19,9%); работа, связанная с вибрацией - 109 (15,3%); длительное пребывание в неудобной позе - 108 (15,1%); работа, связанная с вождением автотранспорта - 96 (13,4%). При оценке условий труда обращало на себя внимание частое сочетание различных видов физических нагрузок и их комбинация с неблагоприятным микроклиматом производственных помещений и вибрацией.

Ведущим фактором, приводящим к формированию боли в спине, являлся немеханизированный труд, связанный с подъемом и переносом тяжестей - 480 человек (67,2%). Следующими наиболее значимыми неблагоприятными производственными факторами являлись неблагоприятный микроклимат на рабочем месте, связанный с переохлаждением, сквозняками, перегреванием - 423 человека (59,2%), наличие контакта с нефтепродуктами при недостаточной механизации труда - 277 человек (38,8%), а также статическое напряжение мышц при длительном пребывании в позе стоя 378 человек - (52,9%).

Определяющую роль в развитии поражения шейного региона играл неблагоприятный микроклимат производственных помещений (24,3%), физические перегрузки при подъеме и переносе тяжестей (22,6%), статическое напряжение мышц при длительном пребывании в позе стоя (20,3%) и сидя (18,9%).

Поражение грудного региона выявлено преимущественно при длительном пребывании в позе стоя (31,8%) и неблагоприятном микроклимате производственных помещений (24,1%).

На поясничный регион в большинстве случаев оказывали влияние неблагоприятный микроклимат производственных помещений (28,4%) и физические перегрузки при подъеме и переносе тяжестей (22,7%).

При сочетанном поражении шейного и грудного регионов чаще выявлялось воздействие статического напряжения мышц при длительном пребывании в позе стоя (26,5%), а также неблагоприятный микроклимат производственных помещений (23,8%) и физические перегрузки при подъеме и переносе тяжестей (23,6%).

В развитии поражения грудного и поясничного регионов ведущую роль играли неблагоприятный микроклимат производственных помещений (29,8%), длительное пребывание в положении стоя (24,2%) и физические перегрузки при подъеме и переносе тяжестей (24,7%).

При локализации поражения в шейном и поясничном регионах определялось действие таких производственных факторов, как неблагоприятный микроклимат производственных помещений (27,9%) и физические перегрузки при подъеме и переносе тяжестей (26,4%).

Генерализованное поражение было обусловлено влиянием неблагоприятного микроклимата производственных помещений (30,1%) с длительным пребыванием в позе стоя (23,4%).

Кроме того, при анализе направленности воздействия наиболее распространенных факторов на определенный регион локомоторной системы было установлено, что при неблагоприятном микроклимате производственных помещений чаще наблюдается генерализованное поражение позвоночника (в 28,4% случаев) или поясничного региона (в 27,3% случаев). Работа, связанная с поднятием и переносом тяжестей, приводит к мышечно-скелетным нарушениям одновременно в шейном и поясничном регионах (в 28,4% случаев), а также в поясничном регионе (в 27,9% случаев). У лиц, труд которых связан с вождением автотранспорта, в 49,5% случаев выявлялось поражение поясничного региона.

При анализе влияния контакта с токсическими продуктами нефтепереработки на характер течения, клинические проявления заболевания выявились различия в зависимости от длительности работы. Течение заболевания носило

более тяжелый характер у больных первой группы: в 30,2% - часто рецидивирующее, в 21,9% - стабильное, тогда как во второй группе - 19,4% и 15,3% соответственно.

При подсчете средних баллов прогноза ВУТ по подразделениям в зависимости от контакта с нефтепродуктами выявлено, что у работников основных производственных цехов средний балл составил 13,26±2,90 и был достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у работников, не связанных непосредственно с нефтепереработкой - 6,82±0,63.

При детальном анализе было также установлено, что заболеваемость с временной утратой трудоспособности как в случаях, так и в днях достоверно ниже ($p < 0,01$) в цехах, где проводились реконструкция и модернизация технологических процессов: в случаях - 6,2±0,6; в днях - 96,5±1,4, в отличие от технически устаревших производств: 12,5±0,9 и 205,1±8,1 соответственно.

Таким образом, характер локомоторных нарушений у работников нефтеперерабатывающей отрасли во многом обусловлен условиями труда - физическими нагрузками, их величиной и сочетанием с другими неблагоприятными профессиональными факторами, большое значение имеет наличие постоянного контакта с продуктами переработки нефти. В связи с этим, при подборе кадров необходимо проводить тщательный профессиональный отбор у лиц с нарушениями локомоторной системы. Необходимо также проводить профилактические мероприятия лицам, труд которых связан с физическими и статическими перегрузками, неблагоприятным микроклиматом, длительным пребыванием в неудобной позе, особенно при их сочетании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новиков Ю. О. Восстановительное лечение дорсалгий у работников нефтеперерабатывающей отрасли // Автореф. дис. ... д. м. н. - Москва, 2000. - 48 с.
2. Эффективность лечения больных с вертеброгенными поражениями периферической нервной системы в отрасли агропромышленного комплекса / Зобнина Г. В., Недзьведь Г. К., Кашицкий Э. С. и др. // Периферическая нервная система: Сб. науч. тр. - Минск, 1992. - Вып. 15. - С. 133 - 138.
3. Engstrom T, Hanse J. J, Kadefors R. Musculoskeletal symptoms due to technical preconditions in long cycle time work in an automobile assembly plant: a study of prevalence and relation to psychosocial factors and physical exposure // Appl. Ergon. - 1999. - Vol. 30. - № 5. - P. 443 - 453.

ЛЕЧЕНИЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Е.В. Голубев, М.В. Машкин, Ш.М. Юсупов
Кафедра мануальной терапии ИПО БГМУ, г. Уфа

Лечение неврологических проявлений шейного остеохондроза представляет одну из актуальных проблем медицины в связи с тем, что заболевание имеет тенденцию к прогрессированию и часто приводит к нарушению трудоспособности. Причем необходимо отметить, что у лиц с данной патологией отмечается высокая встречаемость синдрома вегетативной дистонии (СВД), и выявляется взаимозависимость между тяжестью течения заболевания и выраженностью вегетативных нарушений, что необходимо учитывать при разработке лечебно-реабилитационных комплексов [1, 2, 6].

Целью исследования являлась разработка патогенетически обоснованных лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на устранение неврологических синдромов остеохондроза шейного отдела позвоночника, коррекцию неоптимального двигательного стереотипа с учетом выраженности СВД.

Под нашим наблюдением находилось 102 пациента с неврологическими синдромами шейного остеохондроза, из них 13 мужчин и 89 женщин.

Диагностика патологических изменений на уровне шейного отдела позвоночника проводилась с использованием нейроортопедических методов, включающих в себя курвиметрические, углометрические, мионометрические, неврологические методы и мануальное тестирование.

Для оценки выраженности миофасциального болевого синдрома мы использовали диагностические критерии, учитывающие выраженность спонтанной боли, тонус мышц, количество узелков миофиброза в отдельной мышце, выраженность и продолжительность болезненности при пальпации, степень иррадиации при активации триггерной точки [3, 5].

На основании нейроортопедического обследования подсчитывался интегральный показатель болезни в баллах, который учитывал как вертебральные, так и экстравертебральные составляющие биомеханических нарушений.

Всем больным, с целью определения морфологических изменений, проводилась рентгенография шейного отдела позвоночника. Для диагностики нестабильности шейных сегментов применялась функциональная спондилография (боковые спондилограммы в положении максимального сгибания и разгибания шеи). Кроме того, все больные были исследованы при помощи функциональной эхоспондилографии [4].

Для своевременной диагностики нейрососудистых изменений и уточнения их характера всем пациентам проводилась реоэнцефалография и реовазография верхних конечностей.

Обследование вегетативной нервной системы осуществлялось при помощи анкетного и клинико-инструментального методов с использованием таблиц А. М. Вейна, что позволило нам выявить у больных шейным остеохондрозом наличие и степень выраженности СВД в баллах, а также определить характер вегетативных нарушений и выраженность психоэмоционального напряжения.

Выявленные неврологические проявления, нарушение вегетативной регуляции и их характер у больных стали определяющими при разработке дифференцированных лечебно-реабилитационных комплексов. При этом мы отдавали предпочтение мягкотканым техникам мануальной терапии (миофасциальный рилиз и мышечно-энергетические техники), методам рефлексотерапии и кинезотерапии, направленным на устранение неврологических синдромов, неоптимального двигательного стереотипа и коррекцию вегетативной дисфункции. Данные методики, благодаря мягкому, щадящему режиму, позволили нам начинать лечебное воздействие в стадию выраженных клинических проявлений заболевания, что особенно важно при наличии СВД.

Все пациенты были разделены на две группы с учетом степени выраженности СВД. В первую группу вошли 35 человек с невыраженным СВД, во вторую - 67 человек с выраженным СВД. По характеру вегетативных нарушений в обеих группах преобладали больные с напряжением симпатического тонуса (54,2%).

Анализ частоты обострений неврологических проявлений шейного остеохондроза показал, что у пациентов II группы преобладает часто рецидивирующее течение заболевания, тогда как в I группе частота рецидивов в год была достоверно ($p < 0,05$) ниже.

Течение заболевания у пациентов II группы имело прогрессивный характер - 68,7% (46 человек). В I группе прогрессивное течение заболеваний отмечалось у 54,3% (19 человек). Стабильное (затяжное) течение также преобладало у пациентов II группы (11,9%), по сравнению с I группой (5,7%), что указывает на более неблагоприятное течение заболевания у пациентов с выраженной вегетативной дисфункцией.

Статистически значимые различия выявились при анализе интегральных показателей болезни в группах с различной степенью выраженности СВД. Так у пациентов II группы данные показатели оказались достоверно выше ($p < 0,01$), чем в I группе. Это еще раз указывает на корреляционную зависимость тяжести течения заболевания от выраженности СВД, что, очевидно, связано с несостоятельностью высших вегетативных центров и является преморбидным фоном для дистрофического поражения шейного отдела позвоночника.

Реографическое исследование также выявило достоверные ($p < 0,05$) различия в группах: у пациентов II группы отмечались более низкие показатели кровенаполнения и более высокие показатели тонуса сосудов микроциркуляторного русла. Степень вертебробазилярной недостаточности по данным РЭГ также оказалась достоверно ($p < 0,01$) выше во II группе. Для объективной оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий всем пациентам проводилось динамическое клинико-инструментальное обследование в конце курса лечения и при катamnестическом осмотре. При этом во всех наблюдаемых группах отмечалась достоверная ($p < 0,01$) положительная динамика интегральных показателей болезни, особенно показателей выраженности миофасциального болевого синдрома.

Одновременно с этим отмечалась положительная динамика психоэмоциональной сферы и вегетативного статуса. При этом степень выраженности СВД после курса лечения достоверно ($p < 0,01$) снизилась в обеих группах, и прослеживалась тенденция к установлению вегетативного равновесия. Видимо, это объясняется улучшением мозгового кровообращения, особенно в бассейне вертебробазилярной системы, обеспечивающей кровоснабжение лимбико-ретикулярного комплекса.

Анализ РЭГ показал положительную динамику основных показателей после проведенного курса лечения. Помимо этого отмечалось уменьшение степени выраженности вертебробазилярной недостаточности после лечения у всех пациентов, что указывает на эффективность проведенного лечения.

Таким образом, тяжесть клинических проявлений у больных шейным остеохондрозом зависит от степени выраженности СВД, при этом отмечается эффект взаимного отягощения.

Миофасциальные триггерные пункты играют значительную роль в формировании неоптимального двигательного стереотипа, определяют тяжесть клинических проявлений заболевания и усугубляют течение синдрома вегетативной дистонии, что необходимо учитывать при разработке схем дифференцированного лечения и физической реабилитации больных шейным остеохондрозом.

Благодаря проведению данных лечебных мероприятий нам удалось добиться стойкого положительного лечебного эффекта и удлинить сроки ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А. М. Вейна. - М.: Медицинское информационное агентство, 1998. - 752 с.
2. Горбатовская Н. С., Соловьева А. Д., Тузлуков А. П., Петренко И. Е. Вегетососудистая дистония и шейный остеохондроз // Советская медицина. - 1986. - №6. - С.105-108.
3. Иваничев Г. А. Болезненные мышечные уплотнения. - Казань, 1990. - 158с.
4. Новиков Ю. О. Дорсалгии. - Москва: Медицина, 2001. - 160 с.
5. Хабиров Ф. А., Хабиров Р. А. Мышечная боль. - Казань, 1995. - 206 с..
6. Щепина Т. П. Рефлекторные синдромы шейного остеохондроза // Клиническая медицина. - 1990. - №7. - С.72-74.

ЭЛЕКТРОФОРЕЗ КАРИПАЗИМА И МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ КОРЕШКОВЫХ СИНДРОМОВ

И.А. Кутузов¹, В.Л. Найдин¹, Ю.О. Новиков²

¹ Отделение реабилитации НИИ нейрохирургии РАМН, г. Москва

² Кафедра мануальной терапии ИПО БГМУ, г. Уфа

Боль в спине является одной из основных причин экономических потерь во всех индустриально развитых странах в связи с большой встречаемостью у лиц трудоспособного возраста [1, 4]. Клинические проявления заболевания зачастую обусловлены дистрофическими поражениями пояснично-крестцового отдела позвоночника. Лечение данной патологии является весьма важной проблемой для практического здравоохранения, так как, несмотря на имеющиеся достижения, ее нельзя считать полностью решенной. В настоящее время не выработано единой концепции в лечении больных с грыжами межпозвонковых дисков. Нередко показанием для оперативного лечения являются данные компьютерной томографии и магнитнорезонансного исследования без учета размеров и локализации грыжи и клинических особенностей заболевания.

В лечении дискогенных пояснично-крестцовых радикулитов используется внутрискладовое введение ферментных препаратов, особенно показанных при стойком болевом синдроме и рецидивирующей компрессии корешка грыжей диска [3]. В последние годы также разработана методика электрофоретического введения полиферментного препарата карипазим [2].

Целью работы явился анализ результатов комплексного лечения пояснично-крестцовых корешковых синдромов с применением электрофореза карипазима и мануальной терапии.

Под нашим наблюдением находилось 68 человек с пояснично-крестцовым радикулитом, из них женщин 55%, возраст больных составил от 27 до 49 лет, давность заболевания от 6 месяцев до 3 лет. Среди больных преобладали лица, трудовая деятельность которых была связана с длительными статическими перегрузками - 52 чел. (76%). При неврологическом осмотре у всех больных был диагностирован пояснично-крестцовый радикулит L₅/и/или S₁. По данным МРТ у всех больных были выявлены грыжи межпозвонковых дисков размером до 5 мм. центральной, парамедианной, заднебоковой локализации, причем у 49 (72%) человек помимо основной, клинически значимой грыжи определялись дополнительно и в соседних дисках.

Больные были разбиты на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и клиническим проявлениям заболевания. Пациентам 1 группы (54 человека) в комплекс лечебных мероприятий дополнительно включали курс электрофоретического введения полиферментного препарата карипазим и мануальную терапию. Электрофоретическое введение препарата проводилось по методике, разработанной в институте нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. С целью коррекции патобиомеханических изменений и закрепления оптимального двигательного стереотипа больным 1 группы проводилась мягкотканная мануальная терапия: миофасциальный релиз, непрямые функциональные и мышечно-энергетические техники. Пациенты 2 группы (14 человек) получали комплекс общепринятых лечебных мероприятий.

После проведенного лечения у 48 пациентов 1 группы (88%) значительно уменьшились боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и ноге и болезненность при пальпации паравертебральных точек и точек Валле, увеличился объем движений в поясничном отделе позвоночника. Во второй же группе улучшение было отмечено у 9 пациентов (64%), также при катamnестическом исследовании было установлено, что у пациентов первой группы отмечалась более длительная и стойкая ремиссия.

Таким образом, применение электрофореза карипазима и мануальной терапии в комплексном лечении пояснично-крестцовых корешковых синдромов патогенетически обосновано и позволяет добиться более выраженного клинического эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов И. П., Барабанова Э. В. Профилактика неврологических проявлений поясничного остеохондроза: промежуточные итоги, нерешенные вопросы и некоторые методологические аспекты // Журнал невропатологии и психиатрии - 1998. - № 12. - С. 4 - 8.
2. Найдин В. Л. Лечение межпозвоночных грыж Карипазимом (патент №2141359).
3. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология. Руководство для врачей. Том II. - Казань, 1997. - 488 с.
4. Jenner J. R., Barry M. Low back pain // Brit. Med. J. - 1995. - Vol. 310. - P. 929 - 932.

ВЛИЯНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДЛЕННЫХ КОЛЕБАНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ В ОБЛАСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

И.Л. Ли, А.Ф. Беляев

Владивостокский государственный медицинский университет, кафедра восстановительной и мануальной медицины; Приморский краевой институт вертеброневрологии и мануальной медицины, г. Владивосток

Медленные колебания гемодинамики (МКГ), связанные с регуляторными системами организма, отражают особенности клинического течения и эффективность лечения заболевания [Баевский Р.М., 1999, 2000]. Боль, изменяя функцию регуляторных систем, влияет на колебательные процессы гемодинамики. Применение мануальной терапии в лечении пациентов с болевыми синдромами обусловлено высокой эффективностью и практическим отсутствием побочных эффектов.

Целью исследования явилось изучение влияния мануальной терапии на характеристики МКГ у пациентов с болевыми синдромами в области грудной клетки.

Обследовано 37 пациентов (5 мужчин и 32 женщины) в возрасте от 20 до 40 лет с болевыми синдромами в области грудной клетки. Пациентам проводилось клиничко-неврологическое обследование, мануальное тестирование, рентгенологическое исследование. Изучение спектрального анализа по Фурье сердечного ритма проводили в покое и при гипервентиляционной пробе. Исследовали очень низкочастотные волны (VLF) с частотой спектра менее 0,08 Гц, низкочастотные волны (LF) с частотой спектра 0,09 - 0,16 Гц, высокочастотные волны (HF) с частотой спектра 0,17 - 0,5 Гц, симпатико-парасимпатический индекс LF^2/HF^2 , напряжение регуляторных систем по формуле VLF^2/HF^2 . Оценка спектральной плотности мощности, выраженной в баллах, проводилась с учетом стандартных показателей: VLF пик - амплитуда 30-130, LF пик - амплитуда 5-20, HF пик - амплитуда 15-30 [Флейшман А.Н., 1999]. Реактивность оценивалась по изменению амплитуды VLF волны при гипервентиляции. Вегетативный гомеостаз - по отклонению разницы R-R интервала и его максимальной моды, выраженной в процентах. А также устойчивость регуляции, как отношение среднеквадратичного отклонения несмещенной дисперсии к средней частоте сердечных сокращений.

Болевой синдром был представлен следующими вариантами: межлопаточный болевой синдром наблюдался в 59,2% случаев, синдром передней грудной стенки - 22,4%, лопаточно-реберный синдром - 6,1%, синдром передней лестничной мышцы - 4,0%, плече-лопаточный болевой синдром - 8,3% случаев. Выявлена рентгенологическая картина остеохондроза у 36,2% пациентов (преимущественно в среднегрудных сегментах), артроза реберно-позвоночных суставов у 27,5%, артроза межпозвоночных суставов преимущественно в нижних и средних грудных сегментах у 10,1% пациентов. Выраженность болевого синдрома отмечена в пределах 4-8 баллов по ВАШ.

Лечение проводилось мышечно-энергетическими техниками с обязательной коррекцией реберных дисфункций в каждую процедуру. Курс лечения составил 3-5 процедур.

Отклонение спектральных показателей вариабельности сердечного ритма от нормы до мануальной коррекции наблюдалось во всех частотных диапазонах. Отмечено доминирование LF волн ($38,8 \pm 6,1$), симпатико-парасимпатический индекс составил $1,7 \pm 0,06$, отношение $VLF^2/HF^2 - 9,8 \pm 0,88$. На фоне гипервентиляционной пробы отмечалось повышение амплитуды VLF, LF, HF волн. Низкая реакция на гипервентиляционную пробу отмечена у 40,7% пациентов, высокая - у 29,6%, нормальная - у 29,6%. Вегетативный гомеостаз у 67,8% характеризовался преобладанием тонуса симпатической нервной системы. Определялось нарушение функции автоматизма в виде умеренной синусовой аритмии. У 61,3% отмечена дисрегуляция центрального типа, устойчивая регуляция - у 38,7%.

После курса мануальной коррекции отмечено уменьшение отклонений спектральных показателей от нормы на фоне снижения симпато-парасимпатического индекса ($0,34 \pm 0,07$) и напряжения регуляторных систем ($3,7 \pm 0,93$). Наблюдалось увеличение количества пациентов с нормальной реакцией на гипервентиляционную пробу (43,5%). Отмечено преобладание пациентов с устойчивой регуляцией (82,7%), уменьшение количества пациентов с дисрегуляцией центрального типа (12,1%), а также появление пациентов с дисрегуляцией с преобладанием тонууса парасимпатической нервной системы (5,2%).

Таким образом, мануальная терапия оказывает модулирующее влияние на регуляторные системы организма, гармонизирует симпато-парасимпатические отношения, что сопровождается положительным клиническим эффектом.

Вывод: эффективность применения мануальной терапии с обязательной коррекцией реберных дисфункций у пациентов с болевыми синдромами в области грудной клетки доказана методом спектрального анализа ритма сердца. Изучены медленные колебания гемодинамики до и после мануальной коррекции.

ОСЛОЖНЕНИЯ НЕАДЕКВАТНОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.А. Лиев, М.М. Сангели

Клиника вертеброневрологии и кафедра вертеброневрологии с курсом мануальной медицины

Ставропольской государственной медицинской академии, г. Кисловодск

Кишиневский медицинский университет, кафедра нервных болезней и нейрохирургии, г. Кишинев

Внедрение методов мануальной терапии (МТ) в практику отечественного здравоохранения на рубеже 80-х - 90-х годов показало ее достаточно высокую эффективность при различных нозологиях. Особенно широко МТ стала применяться при лечении вертеброгенных заболеваний нервной системы (ВЗНС) и опорно-двигательной системы в целом.

Прежде всего, этот феномен связан с тем, что в нашей стране был накоплен значительный материал по теоретическому и прикладному направлениям в диагностике и лечении больных с ВЗНС, благодаря фундаментальным исследованиям корифеев отечественной вертеброневрологии Я.Ю.Попелянского, В.П. Веселовского, А.М. Прохорского и их учеников.

Широкое применение МТ в различных лечебно-профилактических учреждениях России получило юридическую основу после выхода в свет приказа № 365 от 10.12.1997г. МЗ РФ «О введении специальности «мануальная терапия» в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей». С момента массового применения мануальной терапии вертеброневрологи и нейрохирурги стали все чаще сталкиваться с многочисленными осложнениями вследствие огульного применения грубых хиропрактических приемов.

Данное обстоятельство в огромной степени связано с появлением частнопрактикующих мануальных терапевтов с недостаточной теоретической и практической подготовкой. Коммерциализация медицины выдвинула на передний план МТ, оставив в тени сложнейшую медико-социальную проблему - многочисленную группу отдельных ноозологических заболеваний, включенных в состав ВЗНС.

Таким образом, в какой-то степени телега оказалась поставленной впереди лошади.

Из литературы известно, что у 3-5% пациентов применение мануальной терапии оказывается неэффективным и при неразумном применении отягощает состояние больных вплоть до инвалидизации. Также известно, что у некоторой категории пациентов с ВЗНС доминирующими факторами являются структурно-морфологические и дисциркуляторные нарушения в позвоночно-двигательных сегментах (ПДС). К ним относятся:

1. Гипертрофия желтой и задней-продольной связки, их оссификация.
2. Фибротизация диска.
3. Грыжи дисков, в т.ч. с полным пролабированием и секвестрированием.
4. Нарушение артериального и, в большей степени, венозного кровообращения.
5. Аномалия тропизма и др.

Безусловно, пациенты с такими грубыми пато-морфологическими нарушениями нуждаются не в многочисленных сеансах МТ, а в хирургическом лечении (Мусалатов Х.А., Аганесов А.Г., 1998; Карлов В.А., 1999; Лиев А.А., 2001 и др.).

Недооценка анатомо-пато-биомеханических системных нарушений с одновременной переоценкой возможностей МТ зачастую приводит к тяжелейшим осложнениям. Наш многолетний опыт применения МТ в комплексе реабилитации больных с ВЗНС показывает, что именно данное обстоятельство с многократными (до 50-100) сеансами мануальной терапии влечет за собой подобные осложнения. Особенно наглядно выявляются огрехи в работе доморощенных «специалистов» в условиях специализированной вертеброневрологической клиники. Приведем несколько примеров.

Пациент О., 42 года, поступил в клинику вертеброневрологии с выраженными болями в левой ноге, продолжающимися более 4 месяцев. В течение всего этого периода пациент получал мануальную терапию, сухое вытяжение и другое лечение. МРТ-исследование позвоночника, проведенное нами в клинике, выявило наличие задне-боковой грыжи дисков в сегментах $L_4 - L_5$ до 10,7 мм и в сегменте $L_5 - S_1$ до 11,3 мм. Грыжевые выпячивания грубо деформировали переднее субарахноидальное пространство с компрессией дурального мешка. Учитывая давность заболевания, наличие грубых нейро-ортопедических нарушений, отсутствие эффекта от ранее проведенных методов лечения и длительно выраженный болевой синдром, больному было предложено оперативное лечение. В операционной ране, после скелетизирования соответствующих дужек слева, резецирована желтая связка. Обнаружено секвестрированное пульпозное ядро со сдавливанием корешка L_5 и его смещением. Резецирована также желтая связка в промежутке $L_5 - S_1$ и иссечена пролабирующая часть диска. Послеоперационное течение гладкое.

Пациент П., 36 лет, поступил в клинику вертеброневрологии с жалобами на постоянные изнуряющие боли в пояснице с иррадиацией по задней наружной поверхности ноги. В течение 5 месяцев получал подводное вытяжение и многочисленные сеансы МТ. Лечение проводилось в диспансере без данных МРТ и обзорной рентгенографии. На МРТ в клинике выявлено: грыжи дисков $L_4 - L_5$, $L_5 - S_1$ с разрывом задней продольной связки. Больному также проведено междужковое удаление большого фрагмента секвестрированного пульпозного фрагмента из обоих дисков $L_4 - L_5$, $L_5 - S_1$. Оба секвестра удалены.

Пациент Х., 36 лет, поступил в клинику вертеброневрологии с жалобами на постоянные боли в правой ноге по задне-наружной поверхности и нарушениями чувствительности. Боли в ноге продолжались 4 месяца, больному проводилось большое количество сеансов мануальной терапии. На МРТ - правосторонние грыжи дисков $L_4 - L_5$, $L_5 - S_1$ до 3,5 мм. Отмечается также дегидратация $L_3 - L_4$ диска. Учитывая давность заболевания, упорные корешковые боли, наличие грыж дисков, отсутствие эффекта от консервативного лечения, больному проведено оперативное удаление грыж дисков. Произведен разрез мягких тканей по линии остистых отростков от L_4 до S_1 . Скелетированы соответствующие дужки с правой стороны. В промежутке $L_5 - S_1$ резецирована желтая связка и обнаружено переднее сдавливание корешка S_1 выпавшей подвязочно грыжей диска $L_5 - S_1$. Корешок S_1 смещен влево в спаячных рубцах. Рассечено фиброзное кольцо диска $L_5 - S_1$, после чего свободно удален большой фрагмент секвестрированного пульпозного ядра. После удаления грыжи корешок S_1 стал смещаться свободно. Рана ушита послойно наглухо.

Всем пациентам в послеоперационном периоде со второго дня начато интенсивное реабилитационное лечение, включающее в себя следующее:

1. Магнитолазерную терапию.
2. Препараты, улучшающие микроциркуляцию.
3. Адекватную лечебную гимнастику.
4. Пассивное растяжение ишиокрыльчатых мышц заинтересованной конечности.
5. Фонофорез, электрофорез с медикаментозными средствами, биорезонансная терапия и др.
6. Гирудотерапия, грязевые аппликации на экстравертебральные участки.

За 6 месяцев нами прооперировано 15 больных, в т.ч. 4 пациента с секвестрированной грыжей двух дисков.

Таким образом, прежде чем назначать пациентам с вертеброгенной патологией «панацию» - мануальную терапию, следует тщательно собрать анамнез, изучить неврологический статус с дополнительными нейроортопедическими и параклиническими (МРТ, рентгенография, реовазография, электромиография и др.) исследованиями, и только после этого назначать соответствующее лечение.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШЕЙНО-ЧЕРЕПНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ПОЗВОНОЧНИКА

М.В. Машкин, А.Ф. Галлямова, Ю.О. Новиков
Кафедра мануальной терапии ИПО БГМУ, г. Уфа

Одним из факторов, провоцирующих формирование шейно-черепных болей, может являться нестабильность в шейных позвоночно-двигательных сегментах. Снижение стабильности уменьшает фиксационные компенсаторные возможности, что приводит к возникновению условий для вовлечения в процесс позвоночных артерий и, соответственно, кровоснабжаемых ими ствола мозга и гипоталамуса [1, 2, 3, 4].

Целью исследования являлось изучение влияния нестабильности позвоночно-двигательных сегментов шеи на выраженность клинических проявлений, биомеханических, сосудистых и психо-эмоциональных нарушений у больных с шейно-черепным синдромом.

Под нашим наблюдением находились 52 пациента с шейно-черепным синдромом в возрасте от 19 до 68 лет, из них которых 20 мужчин (38,46%) и 32 женщины (61,54%). В первую группу были включены пациенты с нестабильностью позвоночника 1-2 степени (31 человек), во вторую - 21 человек без явлений нестабильности. Детальное клинико-инструментальное обследование с учетом субъективных и объективных данных включало клинические, нейроортопедические, мануальные, рентгенологические, сонографические и реографические методы. Подсчитывался интегральный патобиомеханический показатель. Для оценки уровня ситуативной и личностной тревожности использовался тест Спилбергера.

Средняя длительность заболевания в первой и второй группе соответственно составила 6,12±1,3 и 5,5±1,01 лет ($p < 0,05$), пациенты с прогрессивным течением в первой группе составили 83,9%, во второй - 81%.

При функциональной спондилографии и ультразвуковом исследовании шейного отдела позвоночника, которое проводилось в реальном масштабе времени при сгибании и разгибании шейного отдела, гипермобильность шейных сегментов у пациентов первой группы была выявлена на уровне $C_{IV}-C_V$ - 26,9% (14 чел.), $C_{III}-C_{IV}$ - 23,1% (12 чел.) и $C_{II}-C_{III}$ - 25% (13 чел.), C_V-C_{VI} - 19,2% (10 чел.) и $C_{VI}-C_{VII}$ - 5,8% (3 чел.).

Пациенты обеих групп предъявляли жалобы на головные боли различной степени выраженности, преимущественно в шейно-затылочной области. При нейроортопедическом обследовании определялись боль и ограничение объема движений в шейном отделе позвоночника, преимущественно флексии. При кинестезическом исследовании были выявлены миофасциальные триггерные пункты в коротких затылочных мышцах. При этом отмечалась умеренно выраженная активность триггерных пунктов у пациентов обеих групп. Определялись незначительная сглаженность шейного лордоза и гиперлордоз, функциональные блоки выявлялись преимущественно в краниоцервикальной области. Интегральный патобиомеханический показатель в первой группе составил 22,7±0,66 балла, во второй 21,9±0,94 балла ($p < 0,05$). Однако, мышечный тонус в первой группе был достоверно выше 2,12±0,1, чем во второй 1,8±0,1 ($p < 0,01$), что вероятно связано с компенсаторной миофиксацией у больных с нестабильностью позвоночника.

Основные показатели реоэнцефалографии в первой и второй группе соответственно составили: РИ 0,35±0,03 и 0,6±0,06 ($p < 0,01$), ДСИ 110,5±7,2 и 86,0±3,8 ($p < 0,01$), ДИ 109,5±7,3 и 85,0±3,8 ($p < 0,01$), КА 73,2±20,6 и 41,9±6,6 ($p < 0,01$), ВБН 2,9±0,2 и 2,0±0,2 ($p < 0,01$). Это свидетельствует о более выраженном сосудистом спазме, снижении кровенаполнения и реактивности у пациентов первой группы.

По тесту Спилбергера в первой группе личностная тревожность составила 48,4±1,7, ситуативная тревожность 44,0±2,8, что было достоверно выше, чем показатели во второй группе - личностная тревожность 36,9±4,1 ($p < 0,05$) и ситуативная тревожность 34,1±5,2 ($p < 0,05$). По данным теста Люшера показатели также были выше в первой группе - 4,25±0,5 и 4±0,5 ($p > 0,05$).

Таким образом, несмотря на то, что интегральные патобиомеханические показатели в двух группах существенно не отличались, у лиц с нестабильностью отмечались достоверно более выраженные нарушения сосудистой регуляции и, соответственно, более высокие показатели психоэмоционального напряжения, что подтверждается данными реоэнцефалографии, тестов Спилбергера и Люшера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болевые синдромы в неврологической практике. / А. М. Вейн и др. - М.: МЕДпресс, 1999. - 372 с.
2. Луцик А. А. Компрессионные синдромы шейного отдела позвоночника. - Новосибирск: Издатель, 1997.
3. Хабиров Ф. А. Клиническая неврология позвоночника. - Казань, 2001. - 472 с.
4. Шток В.Н. Головная боль. - М.: Медицина, 1987. - 304 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МАНУАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА «ПЛЕЧО-КИСТЬ»

В.В. Моисеев, А.А. Лиев, М.М. Сангели

Кафедра ветеброневрологии с курсом мануальной медицины

Ставропольской государственной медицинской академии, г. Кисловодск

Синдром «плечо-кость» (синонимы: рефлекторная нейроваскулярная дистрофия конечности, синдром Стейнброккера, синдром Педжетта-Шреттера) встречается среди рефлекторных нейродистрофических синдромов значительно реже, однако отличается выраженностью клинических проявлений преимущественно нейродистрофического и нейрососудистого характера с ярким вегетативным компонентом, тенденцией к хронизации процесса и прогрессивным течением. (А.А.Луцик, 1997; А.Б. Ситель, 1998; А.М. Вейн, 1999).

Под нашим наблюдением находилось 30 пациентов с цервикобрахиалгическими синдромами различного генеза. У 11 из них отмечался типичный синдром «плечо-кость».

Пациенты данной группы предъявляли жалобы на ощущение скованности в шее, болезненности в области надплечья и в самом плечевом суставе. Несколько позднее присоединялись интенсивные ноющие или ломящие боли в кисти, сопровождающиеся регионарными вегетативно-трофическими расстройствами в виде припухлости кисти, изменения цвета кожи, кожной температуры, симптома «прилипания» пальцев, акроцианозом, акрогипергидрозом.

При осмотре выявлена асимметрия мышц плечевого пояса, ограничение объема активных и пассивных движений в шейном отделе позвоночника во всех четырех плоскостях, плечевом суставе (отведение и внутренняя ротация), экстензия в лучезапястном суставе. У всех пациентов выявлена термоасимметрия с тенденцией к гипертермии на «больной» стороне.

При пальпации определяется болезненность структур ПДС $C_{III}-C_{IV}$, $C_{IV}-C_V$, проекции акромиально-ключичного сочленения, а также проксимальных суставов кисти.

На рентгенограммах у пациентов данной группы отмечена наибольшая степень выраженности явлений унковертебрального артроза в ПДС $C_{IV}-C_V$, C_V-C_{VI} наряду с основными дифференциально-диагностическими признаками, соответствующими III-IV степени остеохондроза по Зеккеру.

РВГ-исследование выявило снижение кровенаполнения в предплечьях и увеличение в кистях (РИ до 1,3). При проведении функциональных нагрузочных проб в шейном отделе позвоночника наблюдалось снижение реовазографического индекса в пределах 30-50% на «больной» стороне.

При проведении УЗДГ-исследования как в покое, так и при функциональных ротационных пробах выявлено изменение доплеровского спектра позвоночных артерий в сторону увеличения показателей скорости кровотока (СК) с одновременным возрастанием ЦС.

Комплексное лечение, назначенное этим больным, позволило получить положительный эффект во всех случаях, в том числе значительное улучшение у 78,3%, улучшение - у 21,7% пациентов.

Приводим наблюдение.

Больная А., 1937г.р., в прошлом по профессии штукатур, история болезни №252 находилась на лечении в отделе Клиники вертеброневрологии с 27.03.2000 г. по 01.04.2000 г. с диагнозом:

«Хроническая вертеброгенная цервикалгия, правосторонняя цервикобрахиалгия. Синдром «плечо-кость» справа. Остеохондроз C_V-C_{VI} IV ст. по Зеккеру, унковертебральный артроз, рецидивирующее течение, стадия затянувшегося обострения. Сопутствующий диагноз: Облитерирующий эндартериит сосудов нижних конечностей. Гипертоническая болезнь III ст.

Поступила с жалобами на интенсивную боль в правом плече с иррадиацией в руку, сопровождающуюся слабостью, отеком правой кисти. Вышеописанные жалобы беспокоят около 15 лет. Настоящее ухудшение состояния отметила полтора месяца назад, когда стала беспокоить боль в правом плечевом суставе, в последующем присоединились слабость, боль и отечность правой кисти. Кроме того, беспокоят головные боли давящего характера, локализующиеся в затылке, головокружения при поворотах и запрокидывании головы, заложенность, шум в ушах, больше справа. Течение заболевания прогрессирующее.

При обследовании: ограничение подвижности (экстензии, ротации и латерофлексии влево) в шейном отделе позвоночника (до 30% от возрастной нормы); при пальпации боль в точке Эрба и в над-эрбовских точках справа, положительные симптомы Попелянского с двух сторон, Фенца, «осевой нагрузки»; болезненность структур ПДС C_V-C_{VI} ; $C_{VI}-C_{VII}$. Дефанс мышц экстензоров головы, горизонтальной порции трапецевидной мышцы, надостной мышцы (КМТ=2). При обследовании правого плечевого сустава выявлено ограничение отведения и заведения руки за спину, гипотония дельтовидной мышцы справа, боль в области бугорков плеча, межбугорковой бороздки, клювовидного отростка (А.А. Лиев, В.К. Татьянченко, 1996). Нижняя треть правого предплечья и кисть резко отечные, несколько цианотичные; ладонная поверхность гиперемирована. Кожные покровы сухие, температура несколько повышена. Активные и пассивные движения (сгибание кисти и пальцев) болезненны. Рефлексы с верхних конечностей несколько снижены справа. Гипестезия справа по ходу локусов C_{VI} , C_{VII} .

На рентгенограммах шейного отдела позвоночника: локальный кифоз на уровне ПДС C_V-C_{VI} , снижение высоты межпозвоночных дисков C_V-C_{VI} , $C_{VI}-C_{VII}$, $C_{VII}-Th_1$, утолщение контуров замыкающих пластинок, синдром Бострупа, унковертебральный артроз.

При проведении УЗДГ исследования выявлены грубые вазомоторные нарушения как в области «больной» руки, так и в системе позвоночных артерий: асимметрия кровотока по позвоночным артериям (D>S) составила 70%; при проведении функциональных нагрузочных проб ЛСК увеличивается в среднем в два раза, возрастает ИЦС, что в свою очередь свидетельствует о раздражении симпатического сплетения правой позвоночной артерии.

О рефлексорном характере процесса говорят и реовазографические изменения в сосудах «здоровой» руки, где кисть тоже была слегка отечной.

На РЭГ- снижение РИ в левом окципито-мастоидальном отведении, значительное повышение тонуса артерий малого, среднего калибра, нарушения венозного оттока.

Лечение: в качестве базовой применялась мануальная терапия (А.А.Лиев, 1993.) в адекватном объеме (ПИР задействованных в патологический процесс мышц, протяжка фасций, мобилизация шейного отдела позвоночника, шейно-грудного перехода, плечевого, локтевого суставов, суставов кисти, акупрессура), акупунктура, гирудотерапия, массаж воротниковой зоны и мышц правой руки. Проведена инфильтрация смесью медикаментов звездчатого узла и триггерных пунктов. Эффект от инфильтрации подтверждает рефлекторную природу данного синдрома. Медикаментозное лечение (В.А.Карлов, 2000; В.Н. Шток, 2000) включало: НПВС, дегидратационную терапию, препараты, улучшающие микроциркуляцию (трентал), витамины группы В и Е, вегетотропные, седативные препараты. В результате предпринятых мер состояние больной улучшилось, болевой синдром уменьшился, исчез отек кисти, кожная температура на кисти снизилась, увеличилась сила в сгибателях. Движения в правом плечевом суставе восстановились в полном объеме.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности предложенного комплексного подхода к лечению синдрома «плечо-кость» и позволяют рекомендовать его для предупреждения рецидивов заболевания.

К ВОПРОСУ О ХРОНИЧЕСКОЙ СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (диагностика и лечение)

Н.Ф. Порхун, В.В. Андреев, Ф.Н. Порхун

**Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова,
кафедра неврологии и нейрохирургии**

В практической работе мануальные терапевты встречают категорию больных, требующую особого внимания. Нередко при манипуляторном воздействии на шейный отдел позвоночника у этих больных могут неожиданно возникнуть осложнения, связанные с появлением неврологических расстройств сосудистого происхождения.

Наше внимание привлекли пациенты молодого возраста без выраженных заболеваний сердечно-сосудистой системы, имеющие признаки сосудисто-мозговой недостаточности в вертебрально-базиллярном бассейне.

Под наблюдением находилось 50 человек в возрасте от 12 до 48 лет, из них 80% (40) в возрасте 35-40 лет.

В составе клинических расстройств отмечались следующие синдромы:

- вестибулярный 80 % (40),
- вегетативно-вестибулярный 16% (8),
- cerebellarный 2% (1),
- пирамидно-cerebellarный 2% (1).

В большинстве случаев пациенты имели сочетание перечисленных синдромов.

Задачами нашего исследования являлось:

- выяснить причины возникновения вышеперечисленных расстройств,
- определить информативность применяемых методов дополнительного обследования (рентгенография, УЗДГ, нистагмография).

Для решения поставленных задач всем больным проведено неврологическое исследование, выполнены рентгенограммы шейного отдела позвоночника, УЗДГ-исследование экстракраниальных сосудов, нистагмография, у части больных (по показаниям) компьютерная томография и МРТ-ангиография.

Многим пациентам проводились повторные исследования для оценки динамики результатов в периоды обострения и ремиссии.

В результате проведенных исследований у 60%(30) больных была выявлена аномалия развития (Киммерле) первого шейного позвонка (C1), аномалия Арнольда-Киари выявлена у 4%(2), и аномалия развития позвоночной артерии выявлена также в 4%(2).

В 80%(40) случаев были выявлены нарушения статики и динамики шейного отдела позвоночника с выраженными мышечно-тоническими расстройствами и формированием патологической позы спондилогенной природы.

Таким образом, возможной причиной развития неврологических расстройств является аномалия развития C1 позвонка, выявленная у подавляющего большинства исследуемых пациентов (80%).

Следует отметить, что у некоторых пациентов аномалия развития C1 позвонка сочеталась с нарушениями липидного обмена, высоким уровнем холестерина и изменениями липидного спектра.

Отвечая на вопрос об информативности обычных клинических методов исследования, мы пришли к заключению, что традиционная рентгенография позволяет выявить аномалию верхнешейного отдела позвоночника, что в последующем определяет методы мануального воздействия.

Нистагмография оказалась наиболее значимой в период субклинических проявлений - в стадии ремиссии и регресса клинических симптомов.

Допплерографическую оценку кровотока по экстракраниальным сосудам проводили по следующим показателям:

- асимметрия кровотока по позвоночным артериям (ПА),
- оценка кровотока по ПА в положениях сидя и лёжа,
- изменения кровотока по ПА при ротационных пробах.

По нашим данным выявлены различия в группе пациентов с аномалией С1 позвонка и пациентов с явлениями сосудисто-мозговой недостаточности, обусловленной атеросклерозом сосудов головного мозга.

При аномалии С1 позвонка в положении стоя и лёжа доплерографические признаки менее выражены: асимметрия кровотока наблюдалась в единичных случаях (5); при выполнении ротационных проб наиболее часто наблюдалось снижение кровотока вплоть до остановки.

Заключение.

Таким образом, проведённое исследование, являющееся фрагментом исследования сосудистых заболеваний спондилогенной природы, позволяет предположить аномалию С1 позвонка, как причину развития неврологических расстройств у лиц молодого возраста.

Данная патология легко диагностируется при рентгенологическом исследовании шейного отдела позвоночника и определяет тактику лечения на разных этапах. Диагностическую значимость нистагмографии, позволяющую объективизировать расстройства при субклинических проявлениях, можно рекомендовать в период ремиссии.

УЗДГ-исследование наиболее информативно при выполнении функциональных проб.

Сопоставляя данные с результатами обследования больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью, обращает внимание их меньшая выраженность и непостоянность. Это объясняется специфичностью патогенеза: формированием точек патологической фиксации позвоночной артерии, компрессией при изменении положения двигательного сегмента из-за особенностей анатомо-топографических взаимоотношений.

Учитывая эту особенность, мы предполагаем влияние величины отверстия канала позвоночной артерии на выраженность изменений кровотока.

В настоящее время величина отверстия канала позвоночной артерии атланта по данным литературы не учитывалась.

Лекарственные средства, которые традиционно используются для лечения ХСМН, в том числе и в ВББ, как правило, имеют преимущественно однонаправленное действие. Группа вазоактивных препаратов (никотиновая кислота, кавинтон, эуфиллин) снижает сосудистый тонус. Препараты, влияющие на реологические свойства крови (аспирин, курантил, трентал), уменьшают вязкость крови, снижают агрегационные свойства тромбоцитов и эритроцитов. Препараты, влияющие на метаболизм нейронов (ноотропы, церебролизин, энцефабол), нормализуют нейромедиаторные процессы головного мозга. В клиническую практику внедряются препараты, оказывающие многостороннее действие при хронических сосудистых заболеваниях ЦНС.

Наше внимание привлёк препарат французского производства ВАЗОБРАЛ. Его действующим веществом является дигидроэргокриптин А - производное алкалоидов спорыньи. Этот препарат является α -адреноблокатором (преимущественно α -1-адренорецепторов), а также имеет сходство с центральными серотониновыми и дофаминовыми рецепторами. Взаимодействуя с α -1-адренорецепторами гладкомышечных клеток сосудов, тромбоцитов и эритроцитов, препарат способствует увеличению просвета сосудов микроциркуляторного русла, улучшает реологические свойства крови (снижает агрегационную способность форменных элементов). Одновременное блокирование α -2-адренорецепторов предупреждает изменение системной гемодинамики и обеспечивает мягкость действия препарата без снижения артериального давления. Кроме этого, агонистическое действие в отношении серотониновых и дофаминовых рецепторов нормализует нейромедиаторные процессы в ЦНС. В литературе приводятся экспериментальные данные, подтверждающие протетивное действие дигидроэргокриптина на сосудистую стенку.

Для изучения эффективности ВАЗОБРАЛА при ХСМН в ВББ нами была выбрана группа больных, состоящая из 25 человек - 10 мужчин и 15 женщин, в возрасте от 28 до 46 лет. Ведущими клиническими синдромами были: вестибулярный синдром - 40%, вегетативно-вестибулярный синдром - 20%, cerebellarная атаксия - 20%, пирамидно-вестибулярный синдром в виде анизорефлексии глубоких рефлексов, непостоянных патологических стопных и кистевых симптомов в сочетании с динамической атаксией - 20%. В 60% случаев было выявлено нарушение статики и динамики в шейном отделе позвоночника, болезненность при пальпации лестничных и трапецивидных мышц. Всем больным проводилось рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника и УЗДГ БЦС. При этом признаки остео-

хондроза на различных уровнях выявлены у 68%, аномалия Киммерле у 20%, унковертебральный артроз у 20%, выпрямление шейного лордоза у 56%. Для оценки уровня кровотока в ВББ использовался метод УЗДГ. Ассидетрия кровотока по позвоночным артериям D>S до 50% у 12% исследуемых, D>S до 30% у 8% больных. В пробах с поворотами головы отмечено снижение кровотока в обеих позвоночных артериях более 30% у 12% больных, исчезновение кровотока у 8% больных.

Все пациенты получали ВАЗОБРАЛ в дозе 2 мл./2 раза в сутки внутрь курсом 10-12 дней. При необходимости проводился повторный курс лечения. После этого оценивалась выраженность клинических проявлений, а также уровень кровотока по данным УЗДГ.

Получены следующие результаты: купирование вестибулярного и вегетативно-вестибулярного синдромов у 56%, атаксия регрессировала у 16%, у 12% больных с пирамидно-церебеллярным синдромом отмечался значительный регресс пирамидных и координаторных нарушений. При выполнении УЗДГ (проводилась не всем больным) ассиметрия кровотока сохранялась только у 8%. Снижение кровотока по позвоночным артериям при ротационных пробах сохранялось у 12% больных.

Таким образом, анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что ВАЗОБРАЛ является эффективным препаратом для лечения ХСМН, в том числе и в ВББ. Купирование вестибулярного и вегетативно-вестибулярного синдромов, церебеллярной атаксии и пирамидных симптомов позволяет считать целесообразным использование препарата как в период обострения, так и для курсового лечения ХСМН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабияк В.И., Акимов Г.А., Базаров В.Г., Филимонов В.Н. Вестибулярные и слуховые нарушения при шейном остеохондрозе. - Киев: «Здоровье», 1990. - 192 с.
2. Барсуков С.Ф., Антонов Г.И.//Военно-медицинский журнал.-1992.- №10.- С.32
3. Верещагин Н.В. Патология вертебрально-базиллярной системы и нарушения мозгового кровообращения. - М.,1980 г.
4. Задворнов Ю.Н. - Вестник рентгенологии.,1979. - №6. - С. 9-15
5. Лачкепиани А.Н., Курдюкова-Ахвелидиани Л.С.//Журнал невропатологии и психиатрии. 1990. - №1.- С.23-26.
6. Цыпкин А.Г. Справочник по математике.- М.: «Наука», Главная редакция физико-математической литературы, 1979.
7. Kimmerle A.-Rontgenpraxis, 1930, Bd 2 S.479-480.

РЕГИОНАРНЫЙ МЫШЕЧНЫЙ ДИСБАЛАНС У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА

М.И. Скоробогач, А.А. Лиев

Кафедра вертеброневрологии с курсом мануальной медицины СГМА

Из литературы известно, что одним из проявлений патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы является мышечный дисбаланс. Он возникает в результате нарушения тонусно-силового баланса укороченных и расслабленных мышц. Мышечное укорочение является наиболее ярким признаком мышечного дисбаланса. Укорочение возникает не только в постуральных, но и в фазических мышцах. В фазических мышцах, склонных к торможению, как и в постуральных, укорочение может развиваться не во всей мышце, а лишь в какой-либо ее части.

Рассмотрим в качестве примера трукнофугальные мышцы, производные вентральной мускулатуры, служащие для передвижения и фиксации плечевого пояса, и переместившиеся на него с туловища. Это ромбовидная и передняя зубчатая (фазические), поднимающая лопатку (постуральная) мышцы. В ромбовидной мышце укорачивается малая порция с формированием триггерного пункта в фасциальном отроге между малой и большой ромбовидными мышцами (А.А. Лиев, В.К. Татьянченко, 1996). В передней зубчатой мышце укорачиваются верхние пучки прикрепляющиеся к двум верхним ребрам. Это становится понятным при анализе филогенеза мышцы. У примитивных приматов поднимающая лопатку и передняя зубчатая мышцы представляют единое целое. В процессе филогенеза они разделяются. Вероятно, поэтому укорачиваются верхние пучки передней зубчатой мышцы, являющиеся ранее составной частью мышцы поднимающей лопатку, склонной к торможению.

Таким образом, имеются филогенетические предпосылки к возникновению стереотипно возникающих патобиомеханических изменений мышечной системы у пациентов с патологией плечевого пояса. Учет подобных патобиомеханических изменений необходим для проведения лечебно-диагностических мероприятий у больных с лопаточно-реберным синдромом и плече-лопаточным периартрозом.

АНОМАЛИИ КРАНИО-ВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА И МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

**А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, А.Н. Ахметсафин, Е.Р. Баранцевич, Н.В. Мельник,
Т.А. Скоромец, А.В. Солонский**
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.акад.И.П.Павлова

Среди пациентов с различными жалобами на боли в шее и в области затылка, а также со всевозможными неврологическими расстройствами, нередко встречаются аномалии кранио-verteбрального перехода. Такие болезненные расстройства протекают длительно, и пациенты часто обращаются за помощью к мануальным терапевтам. Вместе с тем известны нередкие осложнения при выполнении манипуляционных приёмов на уровне шейного отдела позвоночника. Поэтому логично возникла идея провести анализ наших пациентов в этих двух аспектах.

В последние два десятилетия прошлого века на первом этапе освоения приёмов мануальной терапии мы следовали по стопам своих учителей (К.Э.Левит и его школа) и на практике применяли три их варианта: массажи, мобилизации и манипуляции. Анализ сплошной выборки больных с патологией шейного отдела позвоночника (первые 100 пациентов) показал, что при использовании короткорычаговых резких (сильных) манипуляций на уровне шеи (мобилизации позвоночных двигательных сегментов в экстензии, флексии, латерофлексии и т.п.) у 69% развивались нежелательные явления как в момент выполнения манипуляции, так и в первые минуты после неё. Наиболее частыми были головокружения (потемнение в глазах или вращение окружающих предметов в различных направлениях) с чувством заложенности в ушах, шумом в голове, нарушение равновесия. В неврологическую клинику после приёма отдельных мануалистов стали поступать больные и с более грубыми неврологическими расстройствами, включая инсульты в вертебрально-базилярном бассейне. Анализу нескольких случаев с летальными исходами мы посвящали публикации в те годы. Поэтому, начиная с 1990 года, постепенно стали переходить к изучению эффективности и использованию в клинической практике мягких (изящных) приёмов мануальной терапии. Большая заслуга в системном знакомстве с такими приёмами принадлежит профессорам К.Э.Левиту, В.Янде и Й.Фоссгрину, которые проводили обучающие семинары в Ленинграде для преподавателей системы постдипломного обучения врачей (1991, 1992 - 1997 гг.).

Начиная с 1993 года, в повседневной клинической практике нами используются только мягкие методики мануальной медицины: миофасциальный рилиз, мышечно-энергетические, кранио-сакральные, висцеральные, дренажные и т.п. техники. Это привело к значительному уменьшению побочных эффектов, возникающих во время выполнения или в первые минуты после ручного лечебного сеанса. Однако в нашем городе другие мануальные терапевты (особенно самоучки) продолжают использовать грубые коротко- и длиннорычаговые манипуляции хиропрактического толка («вправляют позвонки, диски»), и в неврологические клиники поступают пациенты с осложнениями после такого «лечения».

Нами проведена рандомизированная выборка 100 больных с побочными эффектами (осложнениями) мануальной терапии на уровне шейного отдела позвоночника. Критериями включения были пациенты в возрасте от 25 до 55 лет, которые самостоятельно обращались к мануальным терапевтам за помощью в связи с болевыми ощущениями в шее и затылочной части головы. При последующем детальном исследовании у них были исключены воспалительные и опухолевые заболевания нервной системы.

Из этих 100 больных мужчин было 69, женщин 31. Тяжелым физическим трудом занимались 17 человек, остальные выполняли умственную работу с умеренными физическими нагрузками как по месту службы, так и дома (экономисты, бухгалтера, педагоги, специалисты, обслуживающие конвейерное производство, медицинские работники, водители автотранспорта и т.п.).

Всем этим пациентам детально исследован неврологический статус, проведены рентгенограммы черепа и шейного отдела позвоночника с функциональными нагрузками, доплерография сосудов шеи и головного мозга, ЭЭГ. У 74 больных сделана магнитно-резонансная или компьютерная томография задней черепной ямки и шейного отдела позвоночника. У 59 пациентов выполнена сосудистая программа МРТ (магнитно-резонансная ангиография шеи и головного мозга).

Кранио-verteбральные аномалии представляют собой деформации структур и образований, ограниченных затылочной костью, атлантом и аксисом. Они выявлены у 75 человек. Из них аномалия Киммерле встретилась наиболее часто - у 42 больных, атланта-аксиальная дислокация - у 13, конкресценция атланта с затылочной костью или конкресценция тел С2-С3 позвонков - у 11, базилярная импрессия и платибазия - у 9. Кроме того у 12 других пациентов этой группы обнаружены мозговые аномалии Арнольда-Киари I - II типов. Заслуживают особого внимания данные доплерографического исследования сосудов шеи. Практически у всех 100 пациентов с нежелательными явлениями при

выполнении приёмов мануальной терапии на уровне шеи были выявлены доплерографические признаки снижения кровотока по одной или обеим позвоночным артериям от 25 до 79%. Ухудшение кровотока было отчетливым при поворотах головы в стороны. У всех 59 больных, которым выполнена магнитно-резонансная ангиография подтверждена гипоплазия одной из позвоночных артерий (чаще слева - в два раза), у 14 человек выявлена патологическая извитость позвоночных, базилярной или общих сонных артерий.

Известно, что в общей популяции взрослого населения приведенные выше варианты аномалий костных структур кранио-verteбрального перехода, аномалий сосудистой системы шеи и головы, аномалий мозгового вещества встречаются гораздо реже (от 1,3 до 8,9%). Поэтому статистически достоверное преобладание выявляемости таких аномалий у контингента больных с осложнениями после манипуляционных приёмов на уровне шейного отдела позвоночника является не случайным, а имеющим прямое отношение к механизму развития нежелательных явлений мануальных лечебных воздействий. При наличии одного из вариантов указанных выше аномалий существуют врожденные предпосылки для сравнительно легкой декомпенсации кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне с отчетливыми клиническими проявлениями в виде дисфункции стволовых образований головного мозга, мозжечка и кохлеовестибулярного аппарата. Анализ наших наблюдений показывает, что при отборе больных для лечения мануальными приёмами на уровне шейного отдела позвоночника необходим тщательный анализ не только неврологического статуса, но и изучение состояния костных структур кранио-verteбрального перехода и доплерографических данных состояния позвоночных артерий. При выявлении одного из вариантов костных, сосудистых или мозговых аномалий кранио-verteбрального перехода следует воздерживаться от выполнения манипуляционных приёмов мануальной терапии на этом уровне. Положительный лечебный эффект у таких пациентов достигается приёмами мягких миофасциальных и краниальных методик.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СПОНДИЛОГЕННЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ МЕТОДАМИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

А.А. Скоромец, А.Г. Рошковский, А.Н. Ахметсафин
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.акад.И.П.Павлова,
кафедра нервных болезней

В последние годы значительно возрос интерес к немедикаментозному лечению головных болей в связи с все большим распространением в России и за рубежом «мягких» техник мануальной терапии, в частности, кранио-сакральных техник, техник МФР. Актуальность проблемы лечения головных болей (далее - ГБ) очевидна. Согласно статистике, 70% населения разных стран Европы и Америки жалуется на острые или хронические ГБ. ГБ напряжения (далее - ГБН) занимают в общей структуре ГБ самое значительное место. В среднем, по данным разных авторов, процент этих ГБ колеблется от 32 до 78, причем чаще страдают женщины (88%), несколько реже мужчины (69%) (А.М. Вейн, 1994). ГБН наблюдаются чаще у людей умственного труда, работа которых сопряжена с длительными статическими нагрузками на мышцы шеи (работа на компьютере и т.д.), плечевого пояса. Кроме того, напряжение мышц шеи и надплечий является одним из облигатных признаков неврастенического синдрома, что особенно актуально в связи с его распространенностью в современных условиях жизни. Факт связи болезненного увеличения мышечного тонуса в определенных областях человеческого тела с психо-эмоциональной травмой рассматривался J.Upladger при разработке техник сомато-эмоционального рилизинга.

В структуре ГБН выделяют таковые с напряжением перикраниальных мышц и без него («Headache 1995» VII Международный Конгресс, Торонто, сент., 1995). В связи с изучаемой проблемой нами рассматривался первый вариант. В исследование было включено 32 пациента в возрасте от 26 до 37 лет, из них 23 женщины и 9 мужчин. Все они, в большей или меньшей степени, относились к категории лиц, занимавшихся умственным трудом. Поводом для обращения к неврологу служили ГБ, как правило многолетние, тупого сжимающего характера, в основном, в затылочно-теменной области, постоянные, усиливающиеся во второй половине дня, иногда приобретающие характер «тугого обруча» или «шапки», диссомнии, снижение работоспособности. У 11 из исследованных больных на высоте этих головных болей имела место тошнота, иногда (редко) рвота. Чаще возникновению ГБ предшествовали ломота и тяжесть в надплечьях, шее. Эти ГБ спонтанно регрессировали после отдыха или динамических нагрузок (занятия спортом, плавание и т.п.). У 28 пациентов помимо описанных ГБ периодически возникали утренние ГБ в виде глубоких тупых распирающих ощущений преимущественно в области затылка. Боли имели среднюю интенсивность и уменьшались или проходили через 30-40 минут после принятия вертикального положения. У части этих пациентов (8 человек) имела место утренняя пастозность и отечность тканей лица.

Все больные были обследованы неврологически: как правило, выявлялась различная степень эмоциональной лабильности, симптом Хвостека с 2-х сторон, диффузное оживление глубоких рефлексов, непостоянный знак Россолимо-Вендеровича с 2-х сторон, болезненность, часто резкая, при пальпации точек выхода затылочных нервов, остистых отростков средних и нижних шейных позвонков, надплечий. При специальном мануальном исследовании выявлялись: компрессия сфенобазиллярного симфиза (СБС), наклоны затылочной кости, компрессия мышечков затылочной кости, напряжение и скованность в задней группе мышц шеи. В качестве дополнительных методов исследования всем проводились: рентгенография шейного отдела позвоночника в двух проекциях, рентгенография атлантоаксиального сочленения, ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов, транскраниальная доплерография с венозной программой. По результатам этих исследований были выявлены следующие дисфункции: у 25 пациентов - различной степени ротационные подвывихи атланта, у всех больных - выпрямление физиологического лордоза с тенденцией к угловому кифозу на уровне С4-С5 или С5-С6, снижение высоты межпозвонковых дисков на этих уровнях, задняя аномалия Киммерле - у 6 пациентов, у 5 больных - длинные поперечные отростки С7 позвонков. По данным УЗДГ кровотока в базилярной артерии не страдал, выявлялись различные степени снижения кровотока по позвоночным артериям субкраниально при ротационных пробах, имелись признаки экстравазальной компрессии их, у всех больных отмечались признаки нарушения оттока венозной крови из полости черепа.

Таким образом, с учетом жалоб пациентов, данных неврологического и инструментального обследования было выявлено наличие двух различных типов ГБ, связанных общностью патогенеза: 1) ГБ мышечного напряжения с вовлечением перикраниальных мышц на фоне тех или иных степеней патологических изменений в верхне-шейном отделе позвоночника и 2) ГБ, связанные с нарушением оттока венозной крови из полости черепа.

Всем пациентам проводились сеансы мануальной терапии, включавшие кранио-сакральные техники и техники миофасциального рилиза. Количество процедур составляло - 4-6 с периодичностью один раз в 4-5 дней. Использовались следующие техники из арсенала: декомпрессия СБС, рилиз субокципитальных мягких тканей, мобилизация и коррекция атлантоокципитальных и атлантоаксиальных суставов, шейных позвонков, парietальный лифтинг, техника Сатерленда, компрессия четвертого желудочка, дренажные техники, миофасциальный рилиз трапециевидных мышц, техники на подъязычной кости. По истечении лечения больные констатировали значительное улучшение общего самочувствия, 7 пациентов отмечали укорочение болевых периодов, а у 25 пациентов имелось полное исчезновение болевого синдрома. В неврологическом статусе отмечалась стабилизация психоэмоционального фона, улучшение и восстановление сна, повышение работоспособности; пальпация задней группы мышц, надплечий, точек выхода затылочных нервов была безболезненной, отсутствовали общемозговые симптомы. Необходимо отметить, что первыми (через 1-2 процедуры) регрессировали утренние ГБ, связанные с венозной дисциркуляцией. Четырнадцати пациентам была проведена контрольная доплерография, при которой выявлена нормализация оттока венозной крови из полости черепа.

Всем пациентам по истечении курса лечения были назначены упражнения для укрепления мышц шеи, с одной стороны, и релаксации их, с другой. Пациентам с остаточными ГБН (7 человек) по окончании лечения были назначены миорелаксанты в минимальных поддерживающих дозах (сирдалуд или мидокалм). Трем пациенткам со стойким невротическим фоном был назначен дневной транквилизатор «грандаксин». Со всеми пациентами индивидуально обсужден оптимальный двигательный режим.

Таким образом, при проведении сеансов мануальной терапии, направленных на устранение цефалгического синдрома, связанного с мышечным напряжением перикраниальных мышц и опосредованного нарушения венозного оттока по ягулярным венам из полости черепа, было выявлено, что основными причинами этих состояний, наряду с различными стрессорными факторами, являются врожденные или приобретенные нарушения нормальных мягкотканых и костных соотношений в верхне-шейном отделе позвоночника, мануальная коррекция которых приводит к значительному улучшению состояния пациентов, регрессу неврологической симптоматики и восстановлению физиологических показателей.

КРАНИО-САКРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОМПРЕССИИ ПОЯСНИЧНОГО КОРЕШКА

А.Г. Чеченин, И.П. Чеченина

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

Лечение компрессионных корешковых синдромов зачастую характеризуется как низкими темпами субъективно-го и ортопедо-неврологического улучшения, так и высоким риском отсутствия положительной динамики или развития выраженных остаточных явлений. Одной из главных причин возникновения клинического симптомокомплекса

компрессии корешка является дискодуральный конфликт, поддерживаемый асептическим воспалительным процессом, и вызывающий ограничение подвижности костно-связочно-мышечных элементов позвоночного двигательного сегмента, а также дурального мешка. Как следствие, происходит усиление отека тканей и, соответственно, компрессии сосудисто-нервного пучка. В этих условиях наиболее патогенетически обоснованным представляется расслабление и восстановление подвижности твердой мозговой оболочки (ТМО) в зоне конфликта. Для этого используются различные дуральные техники кранио-сакральной терапии (V. Frymann, J. P. Barral et al.).

Целью исследования стало изучение эффективности применения дуральных техник мануальной терапии при устойчивых к консервативному лечению компрессионных корешковых синдромах. Обследовано 17 человек (8 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 33 до 68 лет с временем от начала заболевания от 3 дней до 11 месяцев и 3-4 степенью выраженности клинических проявлений. Диагноз компрессии корешков L5 или S1 основывался на характерных моле-стио-анамнестических, клинических и инструментальных данных. У всех пациентов были выявлены рентгенологические признаки грыжи межпозвонкового диска. Большинство (13 человек) имело МРТ-подтверждение наличия грыжи диска (четверым МРТ не была сделана). Критерием отбора являлось отсутствие значимого эффекта от стандартного консервативного лечения (диуретики, нестероидные противовоспалительные, витамины, сосудистые, лечебно-медикаментозные блокады, массаж, вытяжение, физиолечение). Всем больным была предложена операция по удалению грыжи межпозвонкового диска.

Мануальная терапия проводилась на фоне продолжающегося медикаментозного лечения. Использован модифицированный нами дуральный мануальный подход по J. P. Barral. Релаксирующее и уравнивающее воздействие на ТМО осуществлялось двуручным вертикальным лобно-затылочным захватом через лобную, теменные и затылочную кости. Производилось натяжение ТМО до уровня дискодурального конфликта, подтверждаемого усилением характерной, но не очень интенсивной, боли и неврологической симптоматики компрессии нервного корешка. Наступление феномена высвобождения пациент отмечал как ослабление боли и появление в том же месте ощущения разлитого тепла. После первого подобного сеанса в большинстве случаев отмечалось кратковременное усиление клинической симптоматики, что требовало повторения мануального воздействия на следующий день. Обострение было более характерно для длительно протекающих состояний. На курс лечения пришлось от 3-х до 10-ти сеансов. Между сеансами были перерывы до 2 недель. Окончание проведения мануальной терапии зависело от появления значительного клинического улучшения, позволяющего пациенту вернуться к привычной деятельности. длительность курса лечения достигала трех месяцев. В случаях с более легкими компрессионными синдромами было достаточно одного сеанса.

94,1% пациентов отметили значительное клиническое улучшение. Из них в 87,5% случаев повысилась сила паретичных мышц. В 81,3% восстановился ахиллов рефлекс. В 62,5% произошло исчезновение чувствительных нарушений. Субъективное улучшение наступало, как правило, после 2-3 сеанса: уменьшение интенсивности боли, увеличение объема движений, уменьшение симптомов натяжения. Одна пациентка была прооперирована из-за длительности предшествующего безуспешного лечения. У других обследованных осложнений и непрогнозируемых ухудшений не отмечалось.

Таким образом, использование дуральных техник мануальной терапии позволяет существенно повысить эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий при компрессионных корешковых синдромах, уберечь пациента от операции, не подвергать его риску возникновения побочных эффектов от применения медикаментозных методов лечения и более жестких техник мануальной терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТОРАКАЛГИИ

Ш.М. Юсупов, И.К. Гайсин, Ю.О. Новиков
Кафедра мануальной терапии ИПО БГМУ, Уфа, Россия.

Повышенный интерес к патобиомеханическим изменениям грудного отдела позвоночника в последнее время возрос не только вследствие недостаточности сведений о клинических проявлениях, диагностике и лечении этой патологии, но и из-за большой его распространенности [1, 2, 3].

Целью исследования явилось изучение биомеханических нарушений грудного отдела позвоночника и ребер, а также оценка эффективности лечения с использованием мышечных техник мануальной терапии и физиотерапии.

Под нашим наблюдением находились 31 человек с болью в грудном отделе позвоночника, 19 мужчин и 12 женщин в возрасте от 21 до 59 лет (средний возраст 42,4±0,42 лет), продолжительностью заболевания от 10 дней до 17 лет. Больные с синдромом торакалгии были разделены на 2 группы: основная - 25 (80,6%) человек и контрольная - 6

(19,4%) человек. По клиническим синдромам в основной группе больные были распределены следующим образом: торакалгии с мышечно-тоническими проявлениями - 10 (40%), с нейро-дистрофическими проявлениями - 8 (32%), с вегетативно-висцеральными проявлениями - 7 (28%). В контрольной группе распределение больных было таким - торакалгии: с мышечно-тоническими проявлениями - 3 (50%), с нейро-дистрофическими проявлениями - 2 (33,3%), вегетативно-висцеральными проявлениями - 1 (16,7%). По основным клиническим проявлениям, полу и возрасту группы достоверно не отличались.

При обследовании больных использовались клинико-рентгенологические методы. Для анализа динамических и статических изменений позвоночника проводилось: мануальное тестирование, миоэлектрометрия мышц (выпрямителя спины, надостной и подостной) при помощи прибора оригинальной конструкции.

Для изучения функционального состояния двигательных единиц 6 больным основной и 3 больным контрольной группы проводилась электромиография мышц игольчатыми электродами. При этом были исследованы мышцы: ромбовидная, средняя порция трапециевидной, большая грудная. Проводился анализ параметров потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) - длительность, амплитуда, количество фаз, наличие спонтанной двигательной активности.

Также больным проводились исследования: клинический анализ крови и мочи, ультразвуковое исследование органов желудочно-кишечного тракта, ЭКГ, а при необходимости, рентгенография, органов грудной клетки.

Диагностика соматических дисфункций позвоночника и ребер осуществлялась согласно рекомендациям Ph. E. Greenman [4].

В комплексном лечении больных основной группы наряду с физиотерапией использовалась мануальная терапия, направленная на устранение соматических дисфункций ребер и грудного отдела позвоночника: при выраженном болевом синдроме применяли функциональные непрямые техники; при хроническом болевом синдроме использовали преимущественно мышечно-энергетические техники; для лечения миофасциальной патологии - противорастяжение и миофасциальный рилиз.

Шесть больных контрольной группы получали только физиотерапию. Физиотерапия назначалась с учетом стадии заболевания, выраженности болевого синдрома. Для купирования болевого синдрома использовались: электрофорез анестетиков, ДДТ, СМТ, переменное низкочастотное магнитное поле, дарсонвализация, лазеротерапия, ультрафиолетовое и инфракрасное излучение, ультразвук или фонофорез анальгина, анестезина, гидрокортизоновой мази, аппликации димексида (диметилсульфоксида), криотерапия, а также сочетание микроволновой терапии с импульсными токами. При длительном хроническом течении заболевания использовали парафино-озокеритные аппликации. В острой и подострой стадии заболевания проводили УВЧ- и СВЧ-терапию в сантиметровом и дециметровом диапазонах, лазеротерапию, которые обладают выраженным противовоспалительным и рассасывающим действием. При миофасциальной патологии назначали ультразвук, способствующий восстановлению эластичности коллагеновых и фиброзных структур мышцы.

Большинство больных (67,7%) связывали начало обострения с физическими и статическими перегрузками, 6 (19,4%) человек - с психоэмоциональным напряжением, у 4 (12,9%) конкретную причину установить не удалось. Характерной жалобой были боли в области средне- и нижнегрудного отделов позвоночника.

При мануальном тестировании грудного отдела было выявлено: 26 (83,9%) больных с ненейтральной дисфункцией, из них флексионных (ФРЛ) - 9 (34,6%), а экстензионных (ЕРЛ) - 17 (65,4%); по сегментам: T_7-T_8 - 6 (23,1%), T_8-T_9 - 6 (23,1%), T_9-T_{10} - 4 (15,35%), $T_{10}-T_{11}$ - 6 (23,1%), $T_{11}-T_{12}$ - 4 (15,35%); 19 (61,3 %) больных с нейтральной дисфункцией; 28 (90,3%) больных с реберными дисфункциями - 17 (60,7%) структурных и 11 (39,3%) респираторных.

При компьютерно-томографическом исследовании у 15 (48,4%) больных были выявлены признаки дистрофических изменений 1-2 степени на уровне T_7-T_8 - 6 (40%), T_5-T_6 - 4 (26,6 %), T_8-T_9 - 3 (20%), T_6-T_7 - 1 (6,7%), T_9-T_{10} - 1 (6,7%).

При анализе изменения длительности ПДЕ мышц и подсчета ее средней величины у больных в 1 и 2 группах выявлено снижение средней длительности ПДЕ на $19,6 \pm 0,13\%$, в среднем $10,1 \pm 0,5$ мс, что характерно для уменьшения числа функционирующих мышечных волокон. Статистический анализ данных миоэлектрометрии выявил, что в среднем показатель мышечного тонуса составил $71,3 \pm 0,5$ ед.

После проведенного курса лечения у 13 (52%) больных 1 группы отмечалось значительное улучшение, которое характеризовалось исчезновением болей при физических нагрузках, полным восстановлением объема активных движений в грудном отделе позвоночника. Улучшение состояния, характеризующееся незначительными болями в спине при физической нагрузке и восстановлением активных движений, констатировано у 10 (40%) больных. Не удалось добиться существенного улучшения лишь у 2 (8%) больных основной группы, что, возможно, было связано с выраженной нестабильностью позвоночных сегментов. Ухудшений самочувствия и осложнений не наблюдалось. Улучшение состояния больных основной группы, уменьшение интенсивности болей в грудном отделе позвоночника в случае острого болевого синдрома наступали после 2-3 сеанса мануальной терапии. Было проведено на курс, в среднем, по 7 сеансов мануальной терапии и длительность лечения составила от 7 до 29 дней, в среднем $14,8 \pm 1,7$. За те же сроки

лечения улучшение состояния отмечено у 2 (33,3%) больных контрольной группы. Длительность лечения больных контрольной группы составила, в среднем, $23,3 \pm 1,2$ дня.

Повторное мануальное тестирование больных 1 группы показало, что лучше поддаются лечению моносегментарные функциональные блоки.

При динамическом электромиографическом исследовании ромбовидной, средней порции трапецевидной и большой грудной мышц у больных 1 группы определялось достоверное увеличение средней длительности ПДЕ, которое составило $12,4 \pm 0,6$ мс ($p < 0,05$), что свидетельствует о начавшемся процессе увеличения числа функционирующих мышечных волокон в отдельной двигательной единице (ДЕ). У больных 2 группы достоверных изменений параметров электромиографической картины не наблюдалось. Повторное миотонметрическое исследование выявило достоверное снижение мышечного тонуса у больных 1 группы ($p < 0,01$), который составил $59,9 \pm 0,5$, и был ниже, чем у больных контрольной группы - $66,3 \pm 0,8$.

При катamnестическом обследовании сроки ремиссии больных 1 группы составили, в среднем, $384,2 \pm 41,3$ дня, что достоверно выше ($p < 0,05$) показателей ремиссии больных контрольной группы - $248,3 \pm 39,7$ дня.

Таким образом, коррекция патобиомеханических изменений грудного отдела позвоночника должна быть комплексной, с использованием методов мануальной терапии. Это позволяет добиться более высокой эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, подтверждающихся данными электрофизиологических методов исследования, а также способствует увеличению сроков ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жарков П. Л. Остеохондроз и другие дистрофические изменения позвоночника у взрослых и детей. - М.: Медицина, 1994. - 240 с.
2. Иваничев Г. А. Мануальная медицина. - Казань, 2000. - 650 с.
3. Луцик А. А., Шмидт И. Р., Пеганова М. А. Грудной остеохондроз. - Новосибирск: Издатель, 1998. - 280 с.
4. Greenman Ph. E. Principles of Manual Medicine. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.-386 p.

ЧАСТНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ БЛОКИ КОСТИ И НАДКОСТНИЦЫ

С.С. Бабаков

Медицинский центр, г. Краснодар

Актуальность: Вертикальное положение человека создаёт гравитационную нагрузку на скелет. Трубчатые кости занимают гораздо большую протяжённость скелета, чем суставы, и покрыты надкостницей, чувствительной к травмам и гравитационному натяжению. При потере пружинистого сопротивления кости (ограничение движения, отсутствие пружинения) нарушается реакция прикрепляющихся к ним мышц на постральную нагрузку.

Цель: Разработать способ диагностики функциональных блоков кости и надкостницы и определить их роль в формировании неоптимальной статики.

Материал: 100 пациентов с неоптимальной статикой и рефлексорными болевыми синдромами различной локализации. Методы: клинический, рентгенологический, визуальный (фотографирование) Визуальная диагностика проводилась на основании оценки направления смещения проекции общего центра тяжести по отклонению отвеса, опущенного из наивысшей глобелы и точки опоры, без обязательных промежуточных точек таких, как «точка центра тяжести», точка пересечения осей вращения костей таза и т.д. Отклонение более 1 см. считалось проявлением неоптимального двигательного стереотипа.

Пальпаторная оценка ограничения пружинистого сопротивления кости и надкостницы в направлении сгибания производилась в виде фиксирования рукой врача одного участка кости и произведения давления на другой её участок или другую кость второй (движущей) рукой. Фиксирующая рука анализирует передачу давления от движения, производимого движущей рукой. Если ощущение воздействия происходит одновременно с давлением другой рукой, выбирается длинный рычаг. При появлении эффекта передачи давления рычаг укорачивается. Наличие ограничения в пружинении в одном из 2-х направлений свидетельствует о наличии костного блока.

Результат: В 100% случаев ограничение пружинистого сопротивления трубчатых костей и костей таза располагалось в направлении смещения общего центра тяжести. При этом в 80% случаев диагностировались локальные участки ограничения пружинистого сопротивления кости, в 35%- вся кость (невозможность вызвать пружинистое сопротивление ни в каком участке кости). Манипуляция была представлена в виде скручивающих движений дистального конца кости относительно проксимального. При необходимости производилось воздействие через другие участки кости или, используя более длинные рычаги, соседние кости. При диагностике нарушения пружинистого сопротивления нескольких костей (ограничение движения, отсутствие пружинения) проводилась манипуляция на костях в определенной последовательности, в направлении от опоры - вверх.

После мануальной терапии, направленной на восстановление баланса натяжения надкостницы с противоположных сторон тела, диагностировалось устранение неоптимальности статики, что подтверждено данными рентгенологического исследования, уменьшение компенсаторного укорочения мышц, в которых локализовались болевые синдромы.

Вывод: Диагностику и коррекцию функциональных блоков надкостницы необходимо включать в комплекс мануальной терапии пациентов с болевыми мышечными синдромами, имеющих неоптимальную статику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева Л.Ф. Алгоритмы мануальной диагностики и терапии патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы. - Новокузнецк, 1999. - 400с.
2. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия. Клиническая биомеханика и патобиомеханика. - С-Петербург.: Фолиант, 1999. - 400с.
3. Васильева Л.Ф. Функциональные блоки суставов позвоночника и конечностей. //Мануальная диагностика и терапия с основами прикладной кинезиологии. - Новокузнецк, 1999. - 160с.
4. Гранит Р. Основы регуляции движений. - М.: Мир, 1973. - 340 с.

5. Могендович Р.Ф. Висцеро-моторные рефлексy - М.: Медгиз, 1957. - 400с.
6. Руководство по кинезиотерапии. Под ред. Бонев. - София: Медицина и физкультура, 1978.- 412с.
7. Goodheart G. Applied Kinesiology - London - 359p
8. Lewit K. Manipulative therapy in Rehabilitation of the locomotor system.- Butterworth., Heinemann 1999,-346p.
9. Lewit K. Postisomtrische Relaxation in Kombination mit an deren Methoden muskul(rer Fazilitation und Inhibition. // Man.Med. - 1986. - N 24. - S. 30-3.
10. Shafer J. Applied Kinesiology // Modul 1,3,7, 1994, 120p.
11. Travell G., Simons S. Myofascial pain and dysfunction.The trigger point manual. The lower extremities. Williams and Wilkins,1992, 599 p.
12. Walter Applied Kinesiology/- USA^ Systems DS.1988/m - 571p.

ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРОЗОМ

М.И. Скоробогач, А.А. Лиев
Кафедра вертеброневрологии с курсом мануальной медицины СГМА

Согласно литературным данным, плече-лопаточный периартроз является наиболее частой причиной болей и нарушения функции плечевого сустава. В области плечевого сустава формируется мышечный дисбаланс. Изучение роли мышц в формировании патобиомеханических изменений динамики приобретает важное значение для проведения адекватного лечения в работе мануального терапевта. В связи с этим, проанализирована одна из причин дискоординации плечелопаточного ритма у больных плече-лопаточным периартрозом.

Под нашим наблюдением находилось 235 больных с плече-лопаточным периартрозом. У пациентов выявлялся обратный плече-лопаточный ритм. То есть отведение руки начиналось с ротации лопатки, а затем присоединялось движение в плечевом суставе.

У здоровых людей выделяют 3 фазы сочетанных движений, которые осуществляются при поднимании руки до вертикального уровня. В I фазу движения сгибание плеча до 60° и отведения до 30° основной объем движения осуществляется именно в плечевом суставе, однако при этом происходит поднимание и ротация ключицы на 12-15° вокруг сагиттальной оси. Изменение величины угла между остью лопатки и ключицей свидетельствует о подвижности в ключично-акромиальном суставе. Во II фазе движения - сгибании и отведении плеча до 90° - ключица продолжает приподниматься до 30-35° по отношению к сагиттальной оси, спиноключикулярный угол не меняется, так как присоединяется ротация лопатки: на каждые 10° движения в плечевом суставе происходит 5° ротации лопатки. В III фазе движения к этим движениям добавляется дальнейшая ротация ключицы и лопатки.

Учитывая, что в течение первых 30° отведения основной объем движений осуществляется в плечевом суставе, можно сделать вывод, что ротация ключицы вокруг сагиттальной оси происходит под действием тяги малой грудной мышцы. В результате ротации ключицы суставные поверхности акромиально-ключичного сочленения из горизонтальной плоскости перемещаются в вертикальную. Только после этого возможна ротация лопатки в норме.

У пациентов с нарушением плече-лопаточного ритма обнаруживались патобиомеханические изменения статики, одним из компонентов которых является укорочение малой грудной мышцы. Изменение расположения лопатки, главным образом, за счет укорочения малой грудной мышцы, посредством клювовидно-ключичных связок передается на ключицу. В результате этого ключица ротируется вокруг своей продольной оси кнаружи. Передний край акромиального отростка ключицы смещается краниально и дорзально. Рентгенологически у большинства больных выявлялся симптом ротации ключицы вокруг продольной оси кнаружи - выстояние переднего края акромиального конца ключицы над акромиально-ключичным сочленением.

У наблюдаемых больных исходно имеется ротация ключицы за счет укорочения малой грудной мышцы, то есть положение соответствующее II фазе отведения у здоровых людей, когда присоединяются движения лопатки. Поэтому отведение руки у больных начинается с ротации лопатки, клинически проявляющееся дискоординацией плече-лопаточного ритма. Таким образом, укорочение малой грудной мышцы является одной из причин дискоординации плече-лопаточного ритма в I фазу отведения плеча.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА

В.А. Широков, А.А. Скоромец
Екатеринбургский медицинский научный центр,
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет

Патология плечевого пояса является междисциплинарной проблемой и встречается довольно часто в практике неврологов, хирургов, терапевтов и врачей других специальностей, поскольку боль и ограничение движений в области плечевого сустава могут быть обусловлены как поражением костных и невралгических структур, так и заболеваниями внутренних органов.

Недооценка этиологических факторов боли и тугоподвижности в суставе создает большие трудности при распознавании и истолковании симптомов, выявляемых при осмотре плечевого сустава, что в свою очередь препятствует выбору адекватной лечебной тактики специалистом по мануальной терапии.

На основании клинического анализа и данных дополнительных методов обследования (рентгенографии, ультразвукового сканирования, нейроэлектрмиографии) 381 больного нами были проанализированы 32 основных симптома, характеризующих различные формы нейроортопедических поражений плечелопаточной области. На основании определения информационной ценности признаков выделены диагностические критерии наиболее распространенных форм поражения плечевого пояса: слипчивого капсулита (СК) и синдрома сдавления ротаторов плеча (ССРП).

Для определения тактики мануального воздействия необходимо исходить из патогенетических механизмов поражения, которые определяют особенности клинического течения.

Так для СК характерно 3-х стадийное течение: 1) нарастание клинической симптоматики - «замерзание», 2) клиническая манифестация и 3) восстановление - «оттаивание». Продолжительность каждой фазы, в среднем, составляет 4-5 месяцев и зависит от сопутствующей клинической патологии.

Ведущим синдромом в первой стадии является болевой, с нарушением ночного сна. Поэтому необходимо обезболивание. Наиболее эффективным мы считаем введение **дипроspana** в триггерные точки. В этой же стадии, когда постепенно развивается ограничение движений в плечевом суставе, можно использовать для воздействия на триггерные точки релизинговые техники, методики постизометрической релаксации, мобилизационные техники.

Необходимо отметить, что в стадии нарастания клинических проявлений заболевания не следует прибегать к иммобилизации плечевого сустава, так как она способствует развитию тугоподвижности. Лишь при очень резких болях допустимо укладывать руку в косынку, но при этом обязательно периодически выполнять рукой небольшие по объему движения.

В острой стадии заболевания многими врачами, преимущественно хирургами-ортопедами, рекомендуется придавать плечу положение отведения в плечевом суставе. Имеются данные о том, что если своевременно, независимо от причины боли, придать положение отведения в плечевом суставе под углом 70-80°, сгибания 30-40° и наружной ротации 15-20°, то «замороженное плечо» не развивается. С другой стороны, некоторые авторы вообще предлагают отказаться от покоя и начинать физические упражнения с первых дней заболевания. По-видимому, создание иммобилизации более необходимо при разрыве сухожилий вращающей манжеты плеча.

Параллельно с больными проводились занятия специально подобранными комплексами упражнений. При выполнении активных движений, выполняемых больным, не должно быть выраженных болевых ощущений (важно помнить, что «замороженное плечо» вызвано фибропластическим процессом в капсуле сустава и окружающих ее тканях), можно несколько заходить за пределы болевого порога, но боль не должна продолжаться после занятий. Диапазон упражнений должен нарастать постепенно.

После улучшения функции отведения добавляются упражнения, направленные на растяжение мышц руки и плечелопаточной области.

При синдроме СРП патоморфологическим субстратом является надрыв или разрыв сухожилий в месте перехода в мышцу. Поэтому восстановление функции подчиняется законам репарации и зависит во многом от правильного двигательного режима и коррекции сопутствующей висцеральной патологии. Именно несоблюдение этих принципов способствует трансформации данного синдрома в адгезивный капсулит.

При ранней диагностике восстановление осуществляется в течение 3-х недель. Если течение рецидивирующее, то необходимо ограничение двигательной активности в течение 6 недель.

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ДИАГНОСТИКИ В РЕАБИЛИТАЦИИ НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Т.А. Шитиков¹, А.Е. Сыромятников², М.Ю. Фетисов², А.И. Ивасюк²

¹Медицинский институт народной медицины, Днепропетровск, Украина

²региональное общество мануальных терапевтов

Вопрос изучения биомеханики движения человека при различной патологии является весьма существенным в современной мануальной медицине. Особую актуальность приобретает эта проблема при лечении различного генеза врожденной и приобретенной патологии опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной системы, где особое место занимает проблема диагностики функциональных нарушений локомоторной системы. Специфика двигательной функции состоит в том, что, несмотря на выполнение различных движений, органы чувств мало приспособлены для ее восприятия. В последнее десятилетие центральным звеном в оперативном и консервативном лечении больных с различными расстройствами движений, походки, осанки и других локомоций стал клинический анализ движений. В развитых странах это направление заняло центральное место в стратегии лечения различной врожденной и приобретенной патологии, связанной с расстройством функции движения. Сегодня анализ походки и движений сложился в самостоятельную научную и прикладную клиническую дисциплину.

В медицине появился новый вид функциональной диагностики - функциональная диагностика опорно-двигательной системы. Количество лабораторий по анализу движений неуклонно растет. Постоянно действуют семинары повышения квалификации для врачей. Функционируют консультативные компьютерные сети и базы данных, что существенно облегчает постановку диагноза, приобретение оборудования и решение других практических задач.

Использование походки, как глобального двигательного теста, один из наиболее применяемых в клинической практике методов. Потому, что ходьба циклическая устойчивая локомоция, в осуществлении которой участвует весь опорно-двигательный аппарат. Чувствительность методов такова, что возможно обнаружить изменение параметров у одного и того же пациента в течение суток и сделать вывод о динамике течения заболевания или о правильности проводимого лечения, физиопроцедур, медикаментозной терапии, лечебной физкультуры, массажа, мануальной терапии и т. д.

Специализированный инструментарий для исследования двигательной функции реально стал доступен клиницистам лишь в последнее десятилетие, когда появились компактные и быстродействующие компьютеры. Специфика биомеханических исследований заключается в сравнительно большом количестве первичной, подлежащей обработке, информации. С этого момента началось активное внедрение систем анализа движения в клиническую практику мануальной терапии.

Обобщая богатый современный опыт практического применения анализа движений в системе ортопедотравматологической и неврологической помощи и реабилитации, можно отметить, что последний оправдал себя на всех этапах. А именно: диагностика двигательной патологии, определение ее ключевого звена, определение механики патологической локомоции, количественных и качественных показателей нарушенной функции, установление последовательности включения различных составляющих локомоторной цепи в двигательный акт, решение вопроса о характере и последовательности лечебных воздействий, включая и оперативное лечение в зависимости от имеющейся двигательной патологии с целью оптимальной ее коррекции, прогнозирование результата лечения, последовательная коррекция лечебного процесса, в зависимости от индивидуального эффекта, управление процессом реабилитации на основе принципа обратной связи с получаемым результатом, оценка и исследование отдаленного результата лечения, проведение (при необходимости) соответствующей коррекции у данного пациента, а также экстраполирование результата на аналогичные клинические случаи.

Надо отметить, что именно больные с патологией движений нуждаются в проведении активной двигательной реабилитации. Специфика проведения восстановительного лечения данного контингента состоит в том, что основная задача - это восстановление или коррекция, компенсация измененных или утраченных двигательных функций. Такие локомоции как ходьба, стояние, возможность производить контролируемые движения в суставах верхней конечности и кисти, в конечном счете, определяют не только трудоспособность, но и инвалидность.

На сегодняшний день, основная методическая и технологическая проблема эффективного восстановительного лечения состоит в отсутствии адекватных средств определения, контроля и управления состоянием двигательной сферы пациента. Коррекция или тотальное восстановление (практически создание или восстановление) движений производится при отсутствии реальной, объективной информации о собственно двигательной функции. Функция движения

не является удобной для наблюдения или исследования с помощью органов чувств (необходима специфичная аппаратура). В результате ее отсутствия врач вынужден действовать практически вслепую, методом проб и ошибок, полагаясь на косвенную информацию. В конечном счете, отсутствие специализированной диагностической и контрольной аппаратуры ведет еще и к известным финансовым издержкам в результате эмпирического поиска адекватного метода лечения, выходу перспективных, с точки зрения успешной реабилитации, больных на инвалидность. Для решения данной проблемы сегодня имеются существенные как технические, так и методические предпосылки.

К сожалению, в отечественной медицине (ортопедии, травматологии, неврологии, протезировании, артрологии и пр.) инструментальные, аппаратные исследования, изучающие биомеханику движения человека на различных этапах реабилитации применяются редко. Такое отставание в объективизации исследования и диагностики двигательной патологии связано зачастую с экономическими и методологическими проблемами, которые существуют в современном государственном здравоохранении.

На территории бывшего СССР биомеханические исследования и разработка новой аппаратуры началась сравнительно недавно, где-то с середины 90-х годов. Разработаны, клинически апробированы в практике мануального терапевта и уже применяется в России и на Украине специальные программно-аппаратные комплексы (Шаргородский В.С. 1996, Козьякин В.И., 1997, Васильева Л.Ф., 1999, Чикуров Ю.В., 2001). Они включают: регистрацию и анализ временных характеристик шага, пространственную характеристику шага, функциональную гониометрию суставов нижней конечности, стабиллометрию на динамометрической платформе, компьютерные оптические топографы и телевидео-метрические системы.

Данное оборудование позволяет проводить исследования, накапливать, обрабатывать полученную информацию, содержит внутреннюю базу данных. При составлении отчетов может давать графические и цифровые усредненные данные по каждому пациенту, сравнивать показания конкретного больного с нормативными данными в пределах заданной программы.

Использование подобной системы позволяет в каждом случае изучить варианты нарушений двигательной функции и выработать адекватную программу лечебных мероприятий, основанную на анализе возникших изменений. Проведение такого анализа при помощи данной системы не возможно без знания биомеханических закономерностей движений, анатомических и физиологических основ нервно-мышечной функции, а также принципов основных актов двигательной активности человека, состояние сохранения равновесия и др.

Данный подход позволяет решать задачи, которые стоят перед любым вертебрологическим или биомеханическим исследованием при заболеваниях и повреждениях опорно-двигательного аппарата. Одной из таких задач является выявление патогенетически и саногенетически значимых регионов локомоторной системы, полисистемных неспецифических патобиомеханических синдромов, возможных путей восстановления подвижности суставов, мышечной силы, выносливости и координации движений. В зависимости от этого решают, какими средствами и в какой последовательности реализуется та или другая задача.

Возникает реальная возможность полного или частичного восстановления функции. Использование данной аппаратуры позволяет объективизировать патобиомеханические нарушения, контролировать процесс лечения по восстановлению двигательной функции человека.

Можно сказать, что на основании патобиомеханической теории на границе соприкосновения интересов травматологии, неврологии, хирургии, биомеханики, ревматологии, на основании синтеза знаний анатомии, нейрофизиологии, механики, биофизики, рефлексологии сформировалась новая (для стран бывшего СССР) клиническая дисциплина, изучающая закономерности рефлекторного формирования неоптимального статического и динамического стереотипа и его осложнения. К настоящему времени она не получила не только признания, но и своё название. Некоторые авторы называют её «вертебрологией», другие - «нейровертебрологией», третьи - «артронейровертебрологией». За рубежом широко распространено название - «ортопедическая медицина», «прикладная кинезиология». Нам же кажется целесообразно называть эту отрасль медицинских знаний - «нейроортопедией» (К. Левит, О.Г. Коган, Ю.А. Ратнер и др.).

В силу сложившихся ранее взглядов данное направление пока не получило широкого распространения в медицине. Однако, учитывая, что данный вид патологии широко распространён среди населения (от 27 до 76% всего населения имеет ту или иную форму нейроортопедической патологии), следует подчеркнуть актуальность дальнейшего распространения и применения положений нейроортопедии. Использование принципов патобиомеханической теории в клинической практике позволит не только по-новому взглянуть на ряд болезней и известные патологические состояния, но и поможет повысить эффективность лечения целого ряда заболеваний, снизить уровень инвалидизации населения, уменьшить экономические затраты на лечение, разработать новые эффективные методы диагностики и профилактики заболеваний, реабилитации пациентов, в первую очередь с нарушениями локомоторной системы.

ЧАСТНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ПЕДИАТРИИ

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В КОРРЕКЦИИ КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ

А.Ф. Беляев, И.Г. Степанов, Л.К. Ярлыкова
Владивостокский государственный медицинский университет,
кафедра восстановительной и мануальной медицины;
Приморский краевой институт вертеброневрологии и мануальной медицины; г. Владивосток

По статистике до 2.5% детей страдает косоглазием, что более чем в 50% случаев сопровождается понижением остроты зрения [Н. И. Пильман, 1994].

Целью работы явилась оценка возможности применения методов мануальной медицины с целью коррекции косоглазия у детей. Работа проводилась совместно с кафедрой глазных болезней. Под наблюдением находилось 19 детей (9 девочек и 10 мальчиков) в возрасте от 3 до 15 лет. Косоглазие (содружественное, альтернирующее) расходящееся было у 8 детей (16 глаз), косоглазие сходящееся - у 10 детей (20 глаз). Из них у 4 детей сочеталось с вертикальным компонентом на один глаз, косоглазие содружественное, сходящееся, монокулярное было у 1 ребенка (1 глаз). Угол косоглазия составлял от 3-5° до 25-30° по Гиршбергу. Косоглазие сочеталось с нарушением осанки у 15 детей (78,9%), со сколиотической болезнью различной степени у 4 детей (21,1%).

Мануальные методы исследования включали оценку всей биокинематической цепи «стопы-таз-позвоночник-череп», регионарных постуральных дисбалансов мышц, тестирование кранио-сакрального и висцерального механизмов, тестирование с помощью мышцы-индикатора.

Процедуры мануальной терапии продолжительностью 20-30 мин выполнялись 1 раз в 5-7 дней. Первый курс лечения состоял из 5-6 процедур в течение полутора месяцев. Вначале применялись методики общего мануального воздействия: корригировались дисфункции стоп, таза, левозакрученность покровных фасций, снимались функциональные блоки в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника. Устранялись реберные дисфункции, обязательно корригировалось верхнее смещение первого ребра. Инактивация миофасциальных триггерных точек выполнялась в медиальных и латеральных крыловидных мышцах после устранения краниальной торсии и левозакрученности покровных фасций по методике «вставить дерево в корни». Со второй - третьей процедуры применялись местные техники воздействия на мягкие ткани глазницы и глазное яблоко. Примерно с третьей процедуры релаксировались связки печени, исследовался дисбаланс сфинктеров органов желудочно-кишечного тракта по Т. Гейтс, выявлялись и устранялись дисфункции положения почек.

В результате лечения наблюдался регресс функциональных биомеханических нарушений позвоночника, происходило уменьшение или полное прекращение болезненности триггерных пунктов в мышцах. Компрессия сфенобазиллярного симфиза снималась за одну-две процедуры. Стойкого восстановления висцерального ритма печени и почек удалось добиться к концу первого курса лечения только у 6 пациентов (31,6%).

При офтальмологическом осмотре у всех пациентов отмечалась положительная динамика по одному или нескольким показателям: уменьшение угла косоглазия у 10 пациентов (52,6%), перевод монолатерального косоглазия в альтернирующее у 1 (5,3%), повышение остроты зрения у 14 пациентов (73,2%).

Таким образом, методы мануальной медицины являются эффективными в лечении косоглазия у детей. Проведенные исследования позволяют применять методы мануальной терапии также и при других заболеваниях глаз.

ГИПЕРТЕНЗИОННО-ГИДРОЦЕФАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ (остеопатическая диагностика и лечение)

И.А. Егорова

Институт остеопатической медицины СПБМАПО

О неоспоримых достижениях современной педиатрии свидетельствует резкое сокращение детской смертности. И вместе с этим, констатируется постоянное повышение частоты неврологических нарушений у детей разных возрастных групп. По данным многих исследователей, увеличивается количество перинатальных поражений ЦНС. Эти дети нуждаются как в ранней диагностике, так и в скорейших реабилитационных воздействиях. Вместе с тем, возможности классической реабилитационной медицины ограничены. По данным литературы, синдромы нарушения ликвородинамики занимают значительное место в перинатальной неврологии. Многие авторы, оценивая структуру перинатальных поражений нервной системы у новорожденных, ставят на первое место гипертензионно-гидроцефальный синдром (ГГС). Однако современная диагностическая тактика в отношении ГГС не в состоянии обеспечить раннюю диагностику всех возможных причин нарушения гемо-ликвородинамики. Цель данного исследования заключалась в уточнении возможностей остеопатического метода лечения больных с ГГС.

Под наблюдением находились две группы (по 60 детей) в возрасте первых трех месяцев жизни, доношенных, с гипертензионно-гидроцефальным синдромом. При нейросонографическом обследовании были исключены дети со структурными изменениями головного мозга, аномалиями развития, последствиями кровоизлияний и инфекций, опухолями.

Для достижения поставленной цели были проанализированы: акушерский анамнез беременности и родов; особенность клиники и развития ГГС у ребенка; определены и оценены главные клинические, нейросонографические и остеопатические изменения до и после лечения. Для объективизации оценки эффективности остеопатической терапии проведено сопоставление основных клинических, нейросонографических и остеопатических изменений в основной группе, получавшей только остеопатическое лечение с аналогичными показателями контрольной группы, получавшей медикаментозное лечение.

Остеопатическое обследование выполнялось в соответствии с общепринятыми концепциями. Производилась оценка состояния краниосакральной системы: форма черепа (асимметрия, деформация), состояние швов, родничков, наличие или отсутствие компрессии черепа, подвижность костей черепа на уровне швов, подвижность на уровне атлантозатылочного сустава, положение и подвижность шейных позвонков, положение крестца, его подвижность по отношению к подвздошным костям, смещения на уровне поясничных и крестцовых сегментов (особенно L-5 - S-1), натяжение твердой мозговой оболочки на уровне черепа и позвоночника, искажения натяжений на уровне фасций.

В результате исследования было выявлено достоверное влияние на гемо-ликвородинамику нарушений на уровне затылочной кости (смещения на уровне ее частей, деформация чешуи, компрессия мышечковых частей, компрессия на уровне яремного отверстия), а также смещений позвонков (с ротацией или без) на уровне шейного и пояснично-крестцовых отделов.

Остеопатическое лечение основной группы производилось дифференцированно, с учетом патофизиологии гипертензионно-гидроцефального синдрома и найденных нами остеопатических паттернов. Лечение проводилось с частотой не более одного раза в неделю. Количество проводимых сеансов определялось динамикой неврологического и остеопатического статусов и варьировалось от 5 до 8 сеансов (в тяжелых случаях). Сроки лечения составляли в среднем от полутора до двух месяцев.

Дети контрольной группы получали стандартное консервативное лечение, включавшее в себя дегидратацию (диакарб, мочегонные травы), стимулирующее (ноотропил, пантогам, церебролизин, церебрум композитум, когитум, витамины группы В), сосудистое (кавинтон, циннаризин, трентал, актовегин) и физиотерапевтическое лечение (электрофорез с эуфиллином, магниезией на шейный отдел), массаж, ЛФК.

Детям обеих групп ежемесячно педиатром и неврологом производилась оценка соматического и неврологического статусов. Нейросонография - до и после лечения, в 6 месяцев и в 1 год. УС шейного и пояснично-крестцового отделов, дуплексное сканирование делались до и после лечения, в дальнейшем по показаниям.

После остеопатического лечения в основной группе были получены следующие результаты: нормализация УС-признаков - 63,33% (38 детей), неврологического статуса - 70,0% (42 ребенка); улучшение УС-признаков - 26,66% (16

детей), неврологического статуса - 30,0% (18 детей); стабилизация УС-признаков - 10,0% (6 детей), неврологического статуса - 0.

При катamnестическом обследовании в возрасте 1 года были получены следующие результаты: нормализация (отсутствие клинических, нейросонографических и остеопатических признаков заболевания) - 86,66% (52 ребенка), в основной группе; 30,0% (16 детей), в контрольной группе; улучшение (уменьшение выраженности признаков заболевания) - 13,33% (8 детей) в основной группе; 55,0% (33 ребенка) в контрольной группе; стабилизация (прекращение нарастания признаков заболевания) - 0 в основной группе; 15,0% (9 детей) в контрольной группе.

Результаты проведенного нами исследования показали эффективность остеопатического лечения детей первых трех месяцев жизни с ГТС. Раннее (до 1 месяца жизни) начало лечения позволяет достигнуть полного выздоровления. Эффективность остеопатического лечения была подтверждена данными лучевого обследования. Применение остеопатического метода дает возможность отказаться от медикаментозной терапии при ГТС у доношенных детей без структурных изменений головного мозга (последствия кровоизлияний и инфекций, опухоли, аномалии развития мозга). Это приобретает в настоящее время особую важность, так как увеличивается количество детей с аллергическими реакциями, что зачастую делает невозможным применение лекарственных средств.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В НАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ МЕТОДАМИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Н.А. Карпенко, А.Ф. Беляев

**Владивостокский государственный медицинский университет,
кафедра восстановительной и мануальной медицины;**

Приморский краевой институт вертеброневрологии и мануальной медицины; г. Владивосток

В России не существует достоверной статистики перинатальной патологии. По нашим наблюдениям она сводится, в основном, к диагностике достаточно серьезных повреждений. 95% детей в Европе рождаются с различными повреждениями шейного отдела позвоночника [Т. Гейтса, 1997]. Недостаточно изученным является вопрос о раннем проведении мануальной терапии у детей, показаниях и противопоказаниях к ее проведению.

Целью нашей работы явилась попытка обосновать раннюю коррекцию дисфункций позвоночника, черепа и других структур, направленную на профилактику развития патологии центральной нервной системы у детей.

Под нашим наблюдением в течение 5 лет находилось более 3 тысяч детей в возрасте от 1-5 дней до 1,5 лет. Практически у 98% детей были выявлены функциональные блоки головных суставов, шейных двигательных сегментов, нарушение краниального ритма с блокадой сфенобазиллярного синхондроза и ограничением подвижности крестца, дисфункции тазовых костей, сопровождающиеся дуральными торсиями. Эти нарушения сопровождались неврологической симптоматикой, характерной для шейных спинальных повреждений.

Клинически самыми ранними и наиболее часто встречающимися признаками являлись: вялый сосательный рефлекс или его отсутствие; беспокойство (крик, плач) без видимых причин, особенно по ночам; нарушение мышечного тонуса; спастичность или гипотония отдельных групп мышц; разлитые мелкие гиперкинезы подбора, ручек; асимметрия позы при лежании ребенка на спине; кривошея; короткая шея; асимметрия правой и левой половин туловища.

Во всех случаях при выявленных нарушениях проводилась мануальная коррекция мышечно-энергетическими и краниальными техниками, приводящими к восстановлению подвижности в вертебральных сегментах, восстановлению краниальной и сакральной подвижности. Клинически у 98% детей отмечалось существенное улучшение состояния. У них улучшался эмоциональный тонус, сон, снижалось беспокойство, активнее становилось сосание, уменьшались дисфункции черепно-мозговых нервов, вегетативные расстройства. Уменьшался мышечный дисбаланс, увеличивался объем движений, исчезали патологические рефлексy, улучшались и восстанавливались выпрямительные реакции, улучшались хватательные функции кисти.

Динамическое наблюдение за детьми выявило стойкий терапевтический эффект. До 30% детей опережали в двигательном и психо-речевом развитии своих сверстников. Не отмечалось грубых нарушений осанки, соматических расстройств, дети реже болели, педиатрами и невропатологами все они оценивались как практически здоровые.

Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлено, что чем раньше ребенку проводится коррекция дисфункций костей таза, позвоночника, черепа, тем менее выражена неврологическая симптоматика, тем быстрее и качественнее происходит нейромоторное развитие ребенка. Следовательно, применение мануальной терапии у детей является необходимым и клинически обоснованным.

КРАНИО-САКРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

И.М. Ли

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

В результате патологических родов часто происходит смещение и деформация костей черепа и таза у новорожденных. Выраженная деформация основания черепа приводит к ишемии базальных отделов головного мозга. Это вызывает нарушение в деятельности неспецифических активирующих систем мозга и является одним из пусковых механизмов, приводящих в дальнейшем к нарушению нормального процесса морфо-функционального созревания элементов коры головного мозга. Дисфункция этих отделов приводит к синдрому тонусных нарушений, вызывая изменение пространственного положения позвоночника, плечевого и тазового пояса, патологической установки стоп. Ротационный механизм данной патологии носит системный характер и оказывает влияние на формирование всего опорно-двигательного аппарата.

Нами обследовано 250 детей в возрасте от рождения до 5 лет с перинатальным поражением нервной системы. Оценка анамнестических данных показала, что у 72% матерей акушерский анамнез указывал на патологические роды. При краниальном мануальном тестировании у всех детей выявлены патобиомеханические изменения основания черепа. У 72% детей определялось латеральное смещение основания черепа, вертикальное смещение основания черепа выявлено у 42% детей, латерофлексия и торзия основания черепа диагностированы у 34% и 36% детей соответственно. Перекос и ротация таза повторяли асимметричное положение затылочной кости.

Нами разработана тактика амбулаторного ведения таких детей, заключающаяся в проведении посиндромной медикаментозной терапии с одновременной коррекцией патобиомеханических изменений основания черепа методом кранио-сакральной терапии (250 детей). Эффективность лечения определялась путем сравнения результатов терапии с группой детей, пролеченных в городских поликлиниках (160 детей). Результаты клинических и электрофизиологических исследований (электроэнцефалография, эхоэнцефалография, электромиография), выполненных после курса лечения, свидетельствуют о высокой клинической эффективности метода.

У пациентов с гипертензионно-гидроцефальным синдромом после курса краниальной мануальной терапии отмечено прекращение спонтанных колебаний внутричерепного давления, выраженное снижение головных болей, улучшение вегетативной регуляции (прекращение слюнотечения, снижение гипергидроза). После курса лечения у пациентов с нейроортопедическими нарушениями наблюдалось уменьшение патологических установок головы, туловища, таза и стоп, улучшение осанки и походки. Дети лучше сохраняли равновесие во время ходьбы, лучше держали вертикальную позу. У части пациентов, получавших КСТ, отмечено появление самостоятельной ходьбы, отсутствующей до лечения.

Анализ электроэнцефалограмм, зарегистрированных у пациентов, получавших КСТ, после курса лечения показал: уменьшение и исчезновение очаговости и эпилептических проявлений как в фоновой активности, так и при нагрузках; уменьшение или исчезновение острых волн; активация альфа-ритма ЭЭГ, восстановление его регионарного распространения, уменьшение выраженности медленноволновых компонент. У пациентов, получавших КСТ, в ходе клинического обследования отмечено выраженное снижение патологически оживленных глубоких рефлексов, улучшение проприоцепции и уменьшение выраженности позно-тонических рефлексов. У пациентов контрольной группы таких эффектов не наблюдалось.

Наиболее эффективным оказалось применение КСТ у детей до года. Клиническая эффективность использования КСТ в этой возрастной группе в 1,5 раза выше, чем у детей в возрасте от 1 до 5 лет.

Применение КСТ в комплексном лечении детей с перинатальным повреждением ЦНС позволяет повысить в 3,5 раза клиническую эффективность методов лечения, традиционно применяемых при реабилитации таких детей.

Итак, кранио-сакральная терапия (КСТ) является патогенетическим методом лечения ротационных нарушений осанки, мышечного дисбаланса и задержки психического развития у детей с перинатальной краниальной травмой. Этим методом пролечено 250 пациентов. Эффективность кранио-сакральной терапии доказана на практике.

К ПРОБЛЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСТЕОХОНДРОПАТИЯМИ

Т.А. Шитиков¹, Е.М. Муратова², В.Г. Безрукова²

¹Кафедра валеологии с курсом мануальной терапии, медицинский институт народной медицины,

²региональное общество мануальных терапевтов; г. Днепрпетровск

В последние годы среди детей и подростков отмечается рост заболеваемости, имеющей нейроортопедическую природу. Особенно выражена эта тенденция в крупных промышленных центрах. Анализ результатов ежегодно проводимых профилактических осмотров показывает, что в школьном возрасте от 20 до 28,7% детей имеют ту или иную степень развития нейроортопедических нарушений. Патобиомеханические нарушения локомоторной системы встречаются у 96,7% обследованных. Отмечается преобладание сочетанного характера патологии - до 52,2% с другой ортопедической патологией и 27,7% - с соматической патологией. Отметим, что полученные нами данные превышают аналогичные исследования других авторов.

Нами отмечается тот факт, что в 86,9% случаев развития остеохондропатий у пациентов имеется невыраженная неврологическая патологическая симптоматика (анизокория, анизорефлексия, нарушение сегментарной чувствительности, субклинический гемипарез).

Установлено, что у большинства детей и подростков с прогрессирующим течением остеохондропатий отсутствуют качественно сформированные навыки оптимального (статического и динамического) двигательного стереотипа. У всех имеют место по 2-4 функциональных блока позвоночных двигательных сегментов, дискоординация тонусно-силовых взаимоотношений мышц «антигравитационного корсета», отмечается смещение проекции центра тяжести тела на площади опоры (более 5% от веса тела), функциональная асимметрия длины нижних конечностей (до 2 см.). Наши данные совпадают с исследованиями других авторов (В. Чудимов, О.В. Ромашин, 1995, Н.А. Мерзляков, 1995, М.И. Тимофеева, В.А. Зубарев, 1994, Е.В. Беленький, 1997, В.А. Калиниченко, 1998, В.Н. Проценко, 2000, А.Е. Лопушанский, 2001).

Нами и другими авторами отмечается отставание проявления клинико-рентгенологических признаков при функциональной патологии локомоторной системы, что требует разработки новых подходов к диагностике этой патологии, в первую очередь, с привлечением биомеханических методов (включая мануальное тестирование).

Основываясь на данных литературы и клинических наблюдений, можно считать, что первичный патобиомеханический процесс возникает в нейромышечном аппарате и заключается в некоординированном одностороннем спазме, рефлекторно закрепляющемся на уровне нейрофизиологической регуляции моторного аппарата. Морфологические и рентгенологические изменения в костной ткани чаще всего носят вторичный характер и являются обратимыми в начальном периоде своего развития.

Основываясь на биомеханической и нейрофизиологической концепции развития остеохондропатий, нами предложена и апробирована на базе городского центра спортивной медицины и ЛФК, ЧП «Медсервис», лечебно - оздоровительного центра ДМИ НМ схема комплексной безмедикаментозной реабилитации детей с данной патологией на ранних стадиях патологического процесса. В комплекс вошли массаж, ЛФК, мануальная коррекция, электропунктурная рефлексотерапия, комплексная гомеопатия (К.Левит, 1987, О.С. Мерзенюк, 1993, В.И. Козьявкин, 1994, И.З. Самосюк, 1994, Д.И. Крёмный, В.С. Шаргородский, 1996, Н.В. Морозов, 1996).

Лечение 13 детей в возрасте от 5 до 14 лет с остеохондропатиями различной локализации (3 - пяточный бугор, 7 - бугристость большеберцовой кости, 3 - апофизы тел позвонков грудного отдела позвоночника) нами проводилось курсами по 6-8 процедур, 1-3 раза в неделю, в течение 0,5-1 года. Количество курсов лечебно-реабилитационных мероприятий подбиралось индивидуально, в зависимости от величины смещения центра тяжести пациента, выраженности рентгенологических нарушений (исключались пациенты с деструкцией костной ткани), длительности заболевания, степени двигательной активности пациента (10 детей занимались различными видами спорта). Из методик мануальной медицины предпочтение отдавалось мягкотканым приёмам, постизометрической релаксации, миофасциальному релизу, мышечной тракции, дифференцированной мобилизации. Проводилась биомеханическая коррекция патогенетически значимых регионов нижней и верхней кинематической цепи, крестцово-подвздошного сочленения. Мануальная коррекция биокинематической цепи проводилась сверху вниз, начиная с компенсаторных регионов, исключая прямые манипуляции на спровоцированных ПДС. Параллельно проводились манипуляционные воздействия на череп, таз, нижнюю и верхнюю биомеханическую цепь. Аналогичные приёмы использовались и другими авторами (В.М. Смирнов, И.В. Желнин, В.В. Щербakov, Д.И. Крёмный, 1996, И.М. Павловский, 1996).

Электропунктурная рефлексотерапия проводилась на БАТ: Т-20, Т-14, V-23, TR-6, VB-20, V-60, E-36, GI-4 по общепринятым методикам. Приём гомеопатических препаратов (Хина, Силицеа, Кальциум карб, Арника. Рост-Норма) проводился длительными курсами по классическим схемам. Контрольной группе детей (10 чел. с аналогичной патологией и того же возраста) физиотерапевтическое и медикаментозное лечение проводилось параллельно по общепри-

нятым методикам (витамины, препараты кальция, тепловые процедуры, электрофорез). Ортопедические разгрузочные методы не применялись.

Эффективность лечения оценивалась по биомеханическим показателям проекции центра тяжести на площадь опоры, кинезиологическим характеристикам мышечного тонуса, визуальным двигательным тестам и клиническим данным, показателям электролитного состава крови, рентгенологическими исследованиями. Из 13 детей положительный результат получен у 12, у 1 больного - прогрессирование заболевания сохранилось, что потребовало изменения лечебной тактики.

Сроки репарации поражённых костных участков наступали в контрольной группе - через 5-8 мес. лечения, а в группе детей, лечившихся по предложенной нами схеме - через 2-3 мес. Болевой синдром в контрольной группе купирован через 2-3 недели с применением анальгетиков, а в экспериментальной - через 1-2 недели без применения анальгетиков. В контрольной группе дети прекратили занятия спортом и физкультурой, а в группе детей, лечившихся по нашей схеме, занятия спортом, физкультурой не прекращались, а тренировочная нагрузка уменьшалась - не более 3 часов в неделю.

Положительный эффект закреплялся назначением индивидуальных комплексов ЛКГ, УГГ, лечебного плавания.

Применение указанного комплекса без медикаментозного лечения не имеет негативного влияния на спортивно-педагогический процесс, является максимально безвредным, экономически доступным при реабилитации детей с остеохондропатиями, что немаловажно в современных экологических и экономических условиях.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БЛОКИРОВАНИЯ АТЛАНТО-ОКЦИПИТАЛЬНОГО СУСТАВА В ПОЛОЖЕНИИ ЭКСТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Г.И. Шумахер, Е.А. Шумаков, Т.В. Иванова
Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул

По данным А.Б.Сителя (2001г.), в месте огибания позвоночной артерии первого шейного позвонка, при наклоне головы назад, происходит сдавление обеих позвоночных артерий. Это влечет за собой уменьшение кровотока в позвоночных артериях, что является у здоровых людей тренирующим фактором, а у больных вызывает симптомы ишемии головного мозга. Блокирование С0 - С1 в положении экстензии является фиксированным разгибанием головы в этом суставе, что приводит к выраженному стойкому нарушению кровотока в вертебрально-базиллярной системе.

Под нашим наблюдением находилось 9 пациентов в возрасте от 14 до 17 лет. Клиника проявлялась стойкими интенсивными болями в затылочной области, головокружением, неустойчивостью при ходьбе, тошнотой, звоном в ушах, мельканием «мушек» перед глазами. Эти симптомы усиливались при физической и психо-эмоциональной нагрузках.

В неврологическом статусе выявлялись: горизонтальный нистагм, ограничение движений глазных яблок кнаружи, слабость конвергенции, интенционный тремор и неустойчивость в позе Ромберга, общий гипергидроз. Реоэнцефалография выявляла дефицит пульсового кровенаполнения в бассейне позвоночных артерий, ухудшение мозгового кровотока при функциональных пробах, особенно, при пережатии сонных артерий.

Блокирование С0-С1 в положении экстензии было выявлено при мануальном тестировании. Во всех наблюдениях данная патология сочеталась с гипермобильностью и сглаженностью лордоза в шейном отделе позвоночника, а также усилением грудного кифоза. Диагноз в шести наблюдениях был подтвержден при рентгеноскопическом исследовании шейного отдела позвоночника.

Нами разработан комплекс мануальных воздействий для данной категории больных, который заключался в следующем: на первом этапе устранялся функциональный блок С0-С1 в положении экстензии, на втором - проводилась коррекция нарушений осанки. Для укрепления мышц-стабилизаторов шейного отдела позвоночника, закрепления полученного эффекта и предотвращения рецидива больным назначалась лечебная физкультура.

Лечение, проведенное по данной схеме, оказалось эффективным у всех больных: исчезла неврологическая симптоматика, нормализовались показатели реоэнцефалограммы.

Таким образом, блокирование С0-С1 в положении экстензии в детском возрасте является серьезным заболеванием, при котором происходит сдавление обеих позвоночных артерий и стойкое нарушение мозгового кровообращения в вертебрально-базиллярной системе. Предрасполагающим к блокированию фактором служит нарушение осанки в саггитальной плоскости, проявляющееся кифозом в грудном и шейном отделах позвоночника. Мануальная терапия при данной патологии позволяет добиться стойкого выздоровления. Лечение заключается в ликвидации патобиомеханических изменений в области шеи, коррекции нарушений осанки и должно сочетаться с лечебной физкультурой для укрепления мышц-стабилизаторов шейного отдела позвоночника.

ЧАСТНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ТЕХНИКИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТОМ

Р.В. Голикова, А.А. Шаваров*

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова,

***клиника факультетской терапии**

В клинику поступила больная К., 42 лет с жалобами на боли в эпигастральной области, правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область и правую руку. Также больная отмечала тошноту после съеденной пищи, изжогу, однократно была рвота, после которой интенсивность болей уменьшилась. Из анамнеза заболевания было известно, что данная симптоматика впервые появилась за неделю до поступления в отделение. Пациентка пыталась лечиться самостоятельно, соблюдая диету и исключая из рациона жирную, острую, соленую пищу. Пробовала принимать спазмолитики (но-шпу, галидор, баралгин), желчегонные, однако, на все эти препараты была аллергическая реакция в виде крапивницы. В связи с нарастанием симптоматики и болевого синдрома была вызвана бригада «Скорой помощи», и больная госпитализирована в клинику. При объективном осмотре обратили на себя внимание некоторая иктеричность кожных покровов, «диафрагмальный» рисунок справа над печеночной областью, тахикардия с редкими желудочковыми экстрасистолами. При дыхании было выявлено отставание правой половины брюшной стенки. При осмотре пупка отмечалось его смещение вверх и вправо по линии желчного пузыря, вытянутость и направление дна по той же линии при кашле. При пальпации: печень немного увеличена за счет левой доли, уменьшение подвижности в фазу экстензии, при боковом наклоне, круглая связка напряжена. Подвижность желудка значительно нарушена. По ходу восходящего отдела кишечника «пищевые комки», сфинктер Одди спазмирован, желчный пузырь увеличен, плотный. Слабо положительные френikus-симптом и симптом Ортнера справа. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При исследовании анализов крови отмечался незначительный лейкоцитоз (до 9,5 тыс.) без сдвига формулы, в биохимическом анализе небольшое повышение трансаминаз (АЛТ- 76, АСТ- 64 ммоль/л), щелочной фосфатазы до 196 ммоль/л, амилазы до 130 ммоль/л.). При фибродуоденоскопии были выявлены признаки умеренно выраженного антрального гастрита, дуоденита, косвенные признаки дискинезии желчевыводящих путей. На УЗИ органов брюшной полости увеличение размеров желчного пузыря, деформация и утолщение его стенок до 6мм, без конкрементов. Диффузное уплотнение печени, поджелудочной железы. Таким образом, на основании клинико-лабораторных данных больной был поставлен диагноз: обострение хронического бескаменного холецистопанкреатита. Имелись сложности в назначении медикаментозного лечения в связи с аллергической реакцией больной на многие лекарственные препараты.

При выборе тактики терапии мы основывались на особенности анатомического строения внутренних органов, их взаимосвязи с помощью фиброзных мембран, фасций и связок. Поэтому в данном случае лечение было проведено с помощью висцеральной техники мануальной терапии. Во время первого сеанса осуществлялось миофасциальное расслабление диафрагмы, восходящего отдела толстой кишки, сфинктера Одди и непосредственно желчного пузыря. После выполнения данных манипуляций боли значительно уменьшились, немного выросла изжога, было послабление стула. На следующий день проводилось расслабление печеночно-пупочной связки, увеличение подвижности печени в фазу экстензии, при боковых наклонах и, в заключение, также рилиз сфинктера Одди и желчного пузыря. Через три дня с момента поступления у больной не было жалоб. В клиническом анализе крови отмечалось снижение числа лейкоцитов, в биохимическом исследовании снижение трансаминаз до нормальных цифр, уменьшение уровня щелочной фосфатазы и амилазы крови. Третья процедура выполнялась через неделю после проведения первой. Она заключалась в повторном расслабляющем воздействии на диафрагму, брызжейку кишечника и 3 поясничного позвонка, а также на печень. Перед выпиской у пациентки отмечалась полная нормализация биохимических показателей крови. При контрольном УЗИ выявлено уменьшение размеров как желчного пузыря, так и толщины его стенок.

Таким образом, мы добились стабилизации состояния больной только с помощью применения висцеральной техники мануальной терапии, оказывая воздействие на биомеханический компонент патогенеза развития данной патологии.

НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ

И.Д. Зотов

**Российский государственный медицинский университет, факультет усовершенствования врачей,
кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом неврологии и традиционной медицины**

Синдром грушевидной мышцы является наиболее актуальной проблемой в лечении пациентов трудоспособного возраста [8, 9]. По данным литературы среди основных этио-патогенетических факторов, формирующих данное функциональное нарушение, большая роль отводится дисбалансу мышц поясничного отдела позвоночника [5, 6]. При этом многие авторы указывают на решающую роль в формировании синдрома грушевидной мышцы смещения пульпозного ядра с развитием компрессионного синдрома [8, 9]. Это происходит вследствие дисбаланса квадратных мышц поясницы. Такой подход и определяет тактику лечения - устранение функциональных блоков и растяжение (расслабление) укороченных мышц.

В то же время появились работы о возможности формирования первичного расслабления мышц в формировании мышечного дисбаланса и вторичного укорочения мышц-антагонистов [10-12].

Кроме этого, широко известны работы о висцеро-моторных влияниях у пациентов с дисфункцией внутренних органов [5].

Однако, механизм формирования этого нарушения до сих пор остается невыясненным.

Целью нашего исследования являлось выявление механизмов развития первичного расслабления грушевидной мышцы с одной стороны, и вторичного укорочения противоположной мышцы у пациентов с дисфункцией толстого кишечника, а также определение их роли в формировании последующего смещения пульпозного ядра и развития компрессионного синдрома.

Для этого проведено исследование 25 пациентов трудоспособного возраста. Критериями отбора данной группы являлось хроническое течение данного заболевания и его торпидность к медикаментозному лечению.

Наличие протрузии диска пояснично-крестцового сегмента подтверждалось компьютерной томографией.

Нарушения статики, характерные для дисбаланса квадратных мышц поясницы в виде смещения общего центра тяжести вперед, гиперлордозсколиоз в нижне-поясничном отделе позвоночника, определялись при помощи компьютерного топографа.

Наличие дисфункции кишечника пациенты отмечали в анамнезе перед появлением клинической манифестации корешкового синдрома.

Пациентам проводилось клиническое исследование, мануальная диагностика, мышечное тестирование, висцеральная диагностика.

Клиническое исследование позволило выявить особенности формирования клинической манифестации у данных пациентов: болевой синдром усиливался ночью с 5-7 час. утра (время активности меридиана кишечника). Пациенты в это время просыпались от боли и не могли уменьшить её интенсивность до 7 часов утра. Боль также усиливалась через 2-3 часа после приёма пищи, при акте дефекации.

Неврологическое исследование: снижение чувствительности по ходу корешка зарегистрировано у 13% пациентов, гипорексия ахиллова рефлекса с двух сторон у 46%.

Мануальная диагностика позволила выявить наличие функциональных блоков различного генеза на пояснично-крестцовом переходе, различные варианты скрученного таза.

При мышечном тестировании установлено наличие функциональной слабости противоположной квадратной мышцы поясницы, снижение силы малоберцовых мышц у 46% больных, большеберцовых - 54% в среднем положении. При провоцирующей пробе на позвоночник (при латерофлексии туловища) функциональная слабость мышц стопы у всех пациентов уменьшалась лишь с одной стороны. Это свидетельствовало о мобильности протрузии диска и возможности её коррекции. При этом с другой стороны функциональная слабость мышц уменьшалась при наружной ротации тазобедренного сустава. Это подтверждало патогенетическую значимость синдрома грушевидной мышцы для компрессии данного нерва.

Висцеральная диагностика позволила установить наличие укорочения кишечного-диафрагмальной, поперечно-ободочной связок, спазм и болезненность отделов толстого кишечника, особенно, в области илео-цекального угла и сигмовидной кишки.

Для определения степени взаимовлияния данных патофизиомеханических изменений на состояние неврологических нарушений пациента были проведены следующие клинические тесты.

1. Определение влияния дисфункции толстого кишечника на наличие функциональной слабости квадратной мышцы поясницы.

Для этого пациенту производилось смещение отделов толстого кишечника в направлении наибольшего ограничения и растяжения укороченных связок, и сразу же после этого производилось мышечное тестирование расслабленной квадратной мышцы поясницы. В 86% у пациентов диагностировалось устранение функциональной слабости данной мышцы.

2. Определение влияния устранения функциональной слабости квадратной мышцы поясницы на спазм и укорочение противоположной квадратной мышцы поясницы и грушевидной мышцы.

Для этого у пациента пальпировалась триггерная точка в укороченной квадратной мышце поясницы, и одновременно производилось смещение петель толстого кишечника в направлении наибольшего ограничения и растяжения его укороченных связок. В 76% пациенты отмечали уменьшение выраженности боли, а 24% - её полное исчезновение. Далее врач прекращал воздействие на кишечные петли и анализировал ощущение под пальцами. Через 2-3 с ощущалось появление напряжения, а пациент отмечал возрастание болевого ощущения.

3. Определение влияния восстановления тонусно-силового баланса квадратных мышц поясницы на состояния пояснично-крестцового перехода и компрессию корешка.

У пациента производили выявление функциональной слабости мышц стопы с двух сторон и грушевидной мышцы с одной. Далее производили смещение петель толстого кишечника в направлении наибольшего ограничения и растяжения его укороченных связок и вновь производили тестирование мышц. В 64% случаев происходило устранение функциональной слабости, а 36% - её уменьшение.

После подтверждения патогенетической значимости дисфункции кишечника пациентам проводилась висцеральная мануальная терапия от 3 до 5 сеансов.

Проведенное лечение в 30% полностью купировало клинические проявления корешкового синдрома у наблюдаемых пациентов.

У 46% сохранялись функциональные блоки на уровне пояснично-крестцового перехода, что требовало сочетанного применения мануальной и висцеральной терапии. У 24% наблюдаемых пациентов боли возобновлялись в статике или динамике. В связи с этим, в комплекс лечения были включены статическая и динамическая реэдукация [1-3,5].

Данные компьютерной топографии свидетельствовали об улучшении статики и динамики пациентов.

Полученные данные позволяют подтвердить патогенетическое влияние дисфункции кишечника на тонусно-силовые характеристики квадратной мышцы поясницы. При этом формируется её функциональная слабость. Это, в свою очередь, приводило к появлению укорочения и спазма со стороны противоположной квадратной мышцы поясницы. Данный тонусно-силовой дисбаланс приводил к статической и динамической перегрузке пояснично-крестцового перехода, формированию в нем компенсаторного функционального блока. Данные патобиомеханические изменения приводили к возникновению травматизации корешка и развитию клиники функциональной слабости мышц стопы и снижению сухожильного рефлекса, а также слабости грушевидной мышцы. Данное нарушение в свою очередь приводило к компенсаторному укорочению грушевидной мышцы с противоположной стороны.

Заключение. У пациентов с синдромом грушевидной мышцы, имеющих дисфункцию кишечника, необходимо включать в комплекс лечебных мероприятий висцеральную мануальную терапию. При этом целесообразно начинать воздействие преимущественно с того отдела кишечника, смещение которого снижает интенсивность клинической манифестации болевого синдрома у данной группы пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева Л.Ф. Алгоритмы мануальной диагностики и терапии патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы. - Новокузнецк, 1999.-400с.
2. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия. Клиническая биомеханика и патобиомеханика.- С.Петербург.: Фолиант, 1999.-400с.
3. Васильева Л.Ф. Функциональные блоки суставов позвоночника и конечностей. - Новокузнецк, 1999. -160с.
4. Гранит Р. Основы регуляции движений.- М.: Мир, 1973.- 340 с.
5. Могендович Р.Ф. Висцеро-моторные рефлексы - М.: Медгиз, 1957 - 400с.
6. Руководство по кинезиотерапии. /Под ред. Бонев. - София: Медицина и физкультура, 1978.- 412с.
7. Goodheart G. Applied Kinesiology - London - 359p
8. Lewit K. Manipulative therapy in Rehabilitation of the locomotor system.- Butterworth., Heinemann 1999,-346p.
9. Lewit K. Postisomtrische Relaxation in Kombination mit an deren Methoden muskul(rer Fazilitation und Inhibition. // Man.Med. - 1986. - N 24. - S. 30-3.
10. Shafer J. Applied Kinesiology // Modul 1,3,7, 1994, 120p
11. Travell G., Simons S. Myofascial pain and dysfunction.The trigger point manual. The lower extremities. Williams and Wilkins, 1992, 599.
12. Walter Applied Kinesiology/- USA^ Systems DS?1988/m - 571p.

ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СМЕЩЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

М.И. Скоробогач, А.А. Лиев

Кафедра вертеброневрологии с курсом мануальной медицины СГМА

В последнее десятилетие широкое распространение получила висцеральная мануальная терапия при лечении заболеваний внутренних органов и позвоночника (И.А. Витовский, В.С. Саяпин, 1995; В.В. Мошкин, О.С. Мерзенюк, Г.Г. Лукашевич, 1995; К.Б. Петров, 1996; А.Г. Грон, Г.Ю. Татаринцева, Р.Я. Татаринцева, 1999 и др.).

Несмотря на значительное число публикаций, пособий, руководств по висцеральной терапии (J.P. Barral, P. Mercier, 1986; О.С. Мерзенюк, 1997, 2000; Л.Ф. Васильева, 1999, 2000 и др.), поджелудочная железа как предмет для висцеральной мануальной терапии не рассматривается.

Смещение поджелудочной железы, особенно первичное, вызывает венозную дисциркуляторную болезнь органов брюшной полости (В.В. Башняк, 1993). Смещение поджелудочной железы вверх происходит в результате ряда факторов: ее анатомического расположения позади полости малого сальника в виде сальникового бугра; пульсовых волн верхней брыжеечной артерии, устанавливающих артерию перпендикулярно к аорте, за счет прохождения артерии позади и под поджелудочной железой; сокращение связки с мышцей Трейца, подтягивающей двенадцатиперстнотощий изгиб кверху.

В результате дистопии поджелудочной железы сдавливаются верхние и нижние брыжеечные вены. При этом повышается венозное давление в системе желудка и двенадцатиперстной кишки, возникает дисциркуляция в оттоке венозной крови от органов пищеварительного канала.

Обычно за функциональными изменениями развиваются и морфологические. Особенно часто отмечаются нарушения синтопии желудка и толстой кишки. Изучены причины, патогенез, проявления, принципы висцеральной терапии, главным образом, при первичном смещении поджелудочной железы. Однако, патобиомеханические изменения при хроническом смещении поджелудочной железы не изучены. Требуется уточнения и тактика висцеральной терапии при данной патологии. Этим продиктована актуальность обсуждаемой проблемы.

Под нашим наблюдением находилось 35 пациентов в возрасте от 23 до 45 лет с проявлениями морфологической стадии венозной дисциркуляторной болезни органов брюшной полости. Венозная дисциркуляторная болезнь органов брюшной полости определялась у пациентов на основании клинических, эндоскопических, ультразвуковых данных.

При смещении поджелудочной железы нарушается взаиморасположение органов брюшной полости.

Рассмотрим основные патобиомеханические изменения, выявленные у пациентов:

- опухолевидное пульсирующее образование в эпигастральной области (смещенная поджелудочная железа) - у 35 пациентов;
- укорочение правой треугольной связки печени - у 21 пациента;
- укорочение печеночно-желудочной и печеночно-двенадцатиперстной связок - у 35 пациентов;
- птоз правой почки, в результате расслабления печеночно-почечной связки - у 20 пациентов;
- птоз желудка у 18 пациентов;
- дисфункция правой половины диафрагмы - у 33 пациентов;
- фиксация подвздошно-слепкишечного угла у всех пациентов, с недостаточностью илеоцекального клапана у 21 пациента;
- фиксация сигмовидной кишки у 12 пациентов;
- болезненный, ригидный привратник с недостаточностью функции - у 15 пациентов;
- дисфункция двенадцатиперстнотощего изгиба - у 12 пациентов;
- укорочение желудочно-селезеночной связки у 18 пациентов.

Укорочение правой треугольной, печеночно-желудочной, печеночно-двенадцатиперстной связок, наряду с вышеперечисленными факторами, приводит к подъему привратника и двенадцатиперстной кишки вверх, а также дисфункции правой половины диафрагмы. Вместе с двенадцатиперстной кишкой вверх смещается и прочно фиксированная кишкой головка поджелудочной железы. Укорочение вышеперечисленных связок способствует не только смещению поджелудочной железы вверх, но и хронической фиксации ее в этом положении, препятствуя возвращению в анатомическое ложе. Таким образом, головка поджелудочной железы смещается вверх, а поджелудочная железа ро-тируется вокруг сагиттальной оси.

Вторичные патобиомеханические изменения в виде фиксации подвздошно-слепокишечного угла, сигмовидной кишки, птоза почки и желудка проявляются в виде гастродуоденита и энтероколита, приводят к дистопии соседних и отдаленных органов, что требует соответствующей мануальной коррекции.

Алгоритм мануальной коррекции. Нам представляется необходимым проводить висцеральную мануальную терапию в течение сеанса в следующей последовательности:

- 1 - релаксация печеночно-желудочной и печеночно-двенадцатиперстной связок;
- 2 - мобилизация сигмовидной кишки, подвздошно-слепокишечного угла и остальных спазмированных участков кишки;
- 3 - мобилизация почки при наличии соответствующей фиксации;
- 4 - опускание смещенной поджелудочной железы;
- 5 - релаксация правой правой треугольной связки печени, диафрагмы проводится после адекватного расслабления печеночно-двенадцатиперстной и печеночно-желудочной связок на 3-4 сеансе мануальной терапии.

Наиболее важным является укорочение печеночно-двенадцатиперстной, печеночно-желудочной связок, фиксация подвздошно-слепокишечного угла. Устранение данных патобиомеханических изменений в некоторых случаях может приводить к уменьшению пульсации и вправлению поджелудочной железы.

Ошибки при проведении висцеральной мануальной терапии:

- релаксация печеночно-желудочной и печеночно-двенадцатиперстной связок в конце сеанса, что приводит к нарушению достигнутой коррекции поджелудочной железы;
- чрезмерное смещение вниз поджелудочной железы, приводящее к усилению ее пульсации.

Выводы.

Смещение поджелудочной железы в морфологическую стадию венозной дисциркуляторной болезни органов брюшной полости поддерживается укорочением печеночно-двенадцатиперстной, печеночно-желудочной связок, правой треугольной связки печени. Необходимо проведение мануальной коррекции в определенной последовательности, что способствует вправлению поджелудочной железы в анатомическое ложе и позволяет избежать ошибок при лечении.

НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СИНДРОМА МАЛОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ

А. А. Тяжелников

**Российский государственный медицинский университет, факультет усовершенствования врачей,
кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом неврологии и традиционной медицины**

Болевые синдромы области плече-лопаточного сочленения являются одной из наиболее часто встречающихся проблем, с которыми пациенты обращаются в неврологические клиники [7, 8]. По данным литературы, среди основных этио-патогенетических факторов, формирующих данное функциональное нарушение, большая роль отводится мышечному дисбалансу [5, 9]. При этом многие авторы указывают на решающую роль в формировании мышечного дисбаланса, укорочение малых грудных, подлопаточных мышц, а также появление триггерных точек в передней порции дельтавидной мышцы и надостной мышце [7, 8]. Такой подход и определяет тактику лечения - растяжение (расслабление) укороченных мышц, устранение триггерных точек.

В то же время появились работы о возможности первичного функционального расслабления большой грудной мышцы в формировании мышечного дисбаланса, вторичное укорочение мышц-синнергистов и последующее формирование неоптимальности статического стереотипа и атипичного моторного паттерна-флексия плеча [1, 3, 12]. Кроме этого, необходимо принимать во внимание работы о висцеро-моторных влияниях у пациентов с дисфункцией печени и желудка [5].

Целью нашего исследования являлось выявление механизмов развития первичного расслабления больших грудных мышц и вторичного укорочения их синнергистов у пациентов с дисфункцией печени и желудка, а также определение их роли в последующем формировании синдромов малой грудной мышцы и плече-лопаточного периартроза.

Задачи исследования.

1. Определение влияния дисфункций печени и желудка на наличие функциональной слабости большой грудной мышцы.

2. Выявление механизмов развития первичного расслабления мышц и вторичного укорочения их антагонистов и синергистов у пациентов с дисфункцией печени и желудка.
3. Определение их роли в формировании синдромов малой грудной мышцы и плече-лопаточного периартроза.

Методы исследования. Клиническое, неврологическое, вертеброневрологическое исследование, визуальная диагностика неоптимальности статики и динамики мышечно-скелетной системы, мануальное мышечное тестирование. Компьютерная оптическая топография неоптимальности статики и динамики мышечно-скелетной системы, электромиографическая диагностика, ультразвуковая диагностика органов брюшной полости, гастроскопия.

Материалы исследования. Нами было обследовано 27 пациентов трудоспособного возраста. Критериями отбора пациентов являлись: хроническое течение заболевания и торпидность к медикаментозному лечению, наличие синдромов малой грудной мышцы и плече-лопаточного периартроза, нарушения статики, характерные для дисбаланса больших грудных мышц и укорочения малых грудных мышц в виде смещение общего центра тяжести вперед (гиперкифоз в верхне-грудном отделе позвоночника).

Результаты исследований. У всех пациентов присутствовал болевой синдром, характерный для укорочения малой грудной и подлопаточной мышц, у 17 пациентов справа и 10 пациентов слева.

При мышечном тестировании выявлялось функциональное снижение тонуса больших грудных мышц, обусловленное диффузными изменениями печени (по данным УЗИ) у 18 пациентов, гастроптозом и воспалительными явлениями желудка (по данным УЗИ и гастроскопии) у 9 пациентов. Причем изменения печени сопровождалось укорочением правой треугольной связки печени в 14 случаях и укорочением левой треугольной связки печени у 4 пациентов, а дисфункции желудка сопровождалось у 3 пациентов укорочением кардиально-диафрагмальной связки и у 6 пациентов укорочением желудочно-диафрагмальной связки.

Также снижался тонус мышц предплечья, что подтверждалось снижением их возбудимости при электромиографическом исследовании.

ЛЕЧЕНИЕ. Прежде чем приступить к лечению, необходимо было подтвердить наличие связи между укорочением малой грудной и подлопаточной мышц и дисфункциями внутренних органов. Для этого в укороченных мышцах пальпировались триггерные точки и, одновременно, производились смещения печени и желудка в направлении наибольшего ограничения и растяжения их укороченных связок, при этом врач анализировал ощущение под пальцами. Исследующий отмечал значительное снижение тонуса укороченной мышцы, а пациент значительное уменьшение болевых ощущений, далее врач прекращал воздействие на укороченные связки внутренних органов и через 7-9 сек. ощущалось появление напряжения, а пациент отмечал возрастание болевого ощущения. Таким образом, полученные данные подтверждали вторичность возникновения укорочения мышц и появление триггерных зон у данной категории пациентов.

Направление воздействия на связки печени и желудка выбиралось по следующим критериям: по увеличению тонуса в расслабленной большой грудной мышце, по уменьшению болевого синдрома в области триггерных зон, укороченных малой грудной и подлопаточной мышцах, по увеличению тонуса в мышцах предплечья.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.

1. Проведенное лечение в 36% случаев позволило полностью купировать клинические проявления синдромов малой грудной мышцы и плече-лопаточного периартроза у наблюдаемых пациентов.
2. У 48% больных сохранялись функциональные блоки на уровне шейно-грудного перехода, что требовало сочетанного применения висцеральной мануальной терапии и мануальной терапии позвоночника.
3. У 16% наблюдаемых пациентов боли возобновлялись в статике или динамике. В связи с этим в комплекс лечения была включена статическая и динамическая реедукация.

ВЫВОДЫ.

1. Патобиомеханические изменения связок печени и желудка обуславливают развитие болевых синдромов области плече-лопаточного сочленения.
2. У пациентов с синдромами малой грудной мышцы и плече-лопаточного периартроза, имеющих дисфункции печени и желудка, необходимо включать в комплекс лечебных мероприятий висцеральную мануальную терапию.
3. Целесообразно начинать воздействие преимущественно с той укороченной связки печени или желудка, смещение которой снижает интенсивность клинической манифестации болевого синдрома у пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проведенная работа показала, что роль патологии внутренних органов в появлении первичного расслабления мышц и вторичного укорочения их синергистов, при формировании болевых синдромов области плече-лопаточного очень высока. Таким образом, необходимо дальнейшее изучение висцеро-моторных связей, а также всестороннее развитие висцеральной мануальной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева Л.Ф. Алгоритмы мануальной диагностики и терапии патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы. Новокузнецк, 1999.-400с.

2. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия. Клиническая биомеханика и патобиомеханика.- с-Петербург: Фолиант, 1999.-400с.
3. Васильева Л.Ф. Функциональные блоки суставов позвоночника и конечностей. (Мануальная диагностика и терапия с основами прикладной кинезиологии) Новокузнецк, 1999, 160с.
4. Гранит Р. Основы регуляции движений.- М.: Мир, 1973.- 340 с.
5. Могендович Р.Ф. Висцеро-моторные рефлексy - М.: Медгиз, 1957 - 400с.
6. Руководство по кинезиотерапии. Под ред. Бонев. - София: Медицина и физкультура, 1978.- 412с.
7. Goodheart G. Applied Kinesiology - London - 359p
8. Lewit K. Manipulative therapy in Rehabilitation of the locomotor system.- Butterworth., Heinemann 1999,-346p.
9. Lewit K. Postisomtrische Relaxation in Kombination mit an deren Methoden muskul(erer Fazilitation und Inhibition. // Man.Med. - 1986. - N 24. - S. 30-3.
10. Shafer J. Applied Kinesiology // Modul 1,3,7, 1994, 120p
11. G Travell, S.Simons. Myofascial pain and dysfunction.The trigger point manual. The lower extremities. Williams and Wilkins, 1992, 599p
12. Walter Applied Kinesiology/- USA^ Systems DS.1988/m - 571p.

СВЯЗОЧНЫЕ БЛОКИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОГРАФИИ

А.Е. Шуляк

**Российский государственный медицинский университет, факультет усовершенствования врачей,
кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом неврологии и традиционной медицины**

Актуальность: Висцеральная мануальная терапия широко известна среди специалистов по мануальной терапии. Но до сих пор неизвестны показания для её применения у пациентов с тонусно-силовым дисбалансом мышц. В то же время известны работы [5] о висцеро- соматических рефлексax, показывающих, что дисфункция висцерального органа сопровождается снижением мышечного тонуса. Именно с этих позиций висцеральная мануальная терапия является патогенетически обоснованным методом терапии

Цель: оценить степень влияния висцеро-моторных рефлексов, активизирующихся при пораженных легких на течение компрессионно-ишемического синдрома верхних конечностей.

Для решения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Определить варианты формирования патобиомеханических изменений шейного отдела позвоночника при компрессионно-ишемических синдромах.
2. Определить варианты формирования патобиомеханических изменений висцеральных органов при компрессионно-ишемическом синдроме.
3. Установить причинно-следственные взаимоотношения патобиомеханических изменений шейного отдела позвоночника и патологии висцеральных органов.

Материал: 17 больных в возрасте 28-56 лет с имеющейся хронической патологией бронхо-лёгочной системы и сопутствующим компрессионно-ишемическим синдромом шейного отдела позвоночника с длительностью последнего от 2 месяцев до 5 лет.

Методы исследования: Рентгенологическое исследование легких, спондилография шейного отдела позвоночника, визуальная диагностика [1], визуально-пальпаторный метод, висцеральная мануальная диагностика [2], электромиография.

Результаты: У всех пациентов было выявлено укорочение реберно-плевральных связок, снижение тонуса в мышцах верхних конечностей, повышение которого наблюдалось после механической провокации связок. В результате проведенной висцеральной мануальной терапии



пораженного легкого наблюдалось восстановление сухожильных рефлексов и показателей ЭМГ. При рентгенологическом исследовании шейного отдела позвоночника установлено, что в 100 % случаев диагностировались функциональные блоки связочного генеза, находящиеся в состоянии «чистой» латерофлексии, CV-CVI, CVI-CVII, CVII-ThI позвоночно-двигательных сегментов. Выявлены рентгенологические признаки, соответствующие признакам перенесенных плевритов. Визуально-пальпаторным методом в 100% случаев диагностировалось укорочение реберно-плевральных и позвоночно-плевральных связок (на стороне проявления компрессионно-ишемического синдрома в 40%, в 60% случаев на противоположной стороне), высокое грудное дыхание с втяжением подмышечной области и подниманием плечевого пояса, укорочение диафрагмы, в 15% случаев парадоксальное дыхание, феномен коротких плеч, феномен «тюленьих» плеч (в отличие от подобного признака при наличии шейных ребер, при укорочении позвоночно-плевральных связок проявления преимущественно односторонние), в 85% определялся локальный гиперлордоз шейно-грудного перехода.

При оценке abduction руки в 80% случаев определялась функциональная слабость дельтовидных мышц, атипичный локомоторный паттерн в виде опережающего сокращения трапециевидных мышц; у 60% - функциональная слабость передних зубчатых мышц, у 70% - трёхглавой, а у 40% - двуглавых мышц плеча.

При анализе состояния лёгких в анамнезе у этих пациентов были выявлены бронхиты, пневмонии, плевриты. При диагностике паттерна дыхания диагностировался атипичный дыхательный паттерн: дыхание преимущественно за счёт расширения грудной клетки в кранио-каудальном направлении. Аналогичные проблемы обнаружены у пациентов с укорочением париетальной или висцеральной листков плевры, кроме отсутствия типичного дыхательного паттерна. У этих больных визуально и рентгенологически определяется сколиоз грудного отдела позвоночника, с дугой, обращённой в сторону здорового лёгкого, и углом, открытым в сторону поражённого лёгкого, а также функциональные блоки ребер, укорочение диафрагмы, косых мышцы живота. Больной начинает дышать, максимально задействуя верхние доли лёгких, ради адекватного газообмена включая вспомогательную мускулатуру. Больные стараются облегчить себе дыхание поднимая плечи при вдохе, натягивая легочную ткань в краниальном направлении, что приводит к формированию функциональных блоков. Со временем больным приходится делать упор, при положении сидя, руками о стул, край кровати или бедра. Данный вид больного симулирует положение больного бронхиальной астмой.

При каждом вдохе верхними долями лёгких, происходит натяжение реберно-плевральных и позвоночно-плевральных связок, сближая места их крепления и приводя позвонки в состояние латерофлексии, что в свою очередь приводит к дислокации пульпозного ядра в противоположную сторону. В зависимости от размеров канала, расположения протрузии по отношению к корешку и уровнем протрузии мы и наблюдаем клинические проявления радикулярного синдрома. При пальпации шейного отдела позвоночника определялось: ограничение объёма активного движения в здоровую сторону (80%), в больную сторону (20%), напряжение межпоперечных мышц на уровне CV-VI, CVI-VII, CVII-ThI. При латерофлексии шеи в сторону синдрома в мышце, иннервируемой интересующим нас корешком, функциональная слабость не определялась в 40%, в противоположную - в 60%.

После определения 100% приоритетности структурных нарушений и проведения висцеральной мануальной терапии диафрагмы, а также растяжения, по необходимости висцеральной или париетальной плевры, наблюдалось увеличение экскурсии грудной клетки (увеличение экскурсии грудной клетки в трёх плоскостях вместо исходного, преимущественно кранио-каудального направления).

После растяжения реберно-плевральных связок функциональные блоки связочного генеза уже не нуждались в коррекции, на рентгенограммах признаки латерофлексии не визуализировались. В мышцах, иннервируемых проблемными корешками, определялось усиление во вторую фазу изометрического сокращения.

В целом, для достижения стойкой ремиссии требовалось от двух до семи сеансов.

Эффективность проведенного лечения подтверждает наше предположение о том, что данная взаимосвязь является патогенетически обоснованной и значимой для данных больных.

Заключение: У пациентов с заболеваниями легочно-дыхательной системы функциональные блоки в шейном отделе позвоночника имеют преимущественно связочный генез. Поэтому для ускорения процессов реабилитации и профилактики патологии шейного отдела позвоночника, необходимо активно внедрять методы висцеральной мануальной терапии

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернштейн Н.А. О происхождении движений.
2. Васильева Л.Ф. Визуальная диагностика нарушений опорно двигательной системы.
3. Васильева Л.Ф. Функциональные блоки суставов позвоночника и конечностей. - Новокузнецк, 1999. -160с.
4. Могендович М.Р. Рефлекторное взаимодействие локомоторной и висцеральной систем.
5. Goodheart G. Applied Kinesiology. London. Edinburg.

НОВЫЕ И АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ОСТЕОПАТИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Н.А. Беляков, С.В. Новосельцев, Д.Е. Мохов, И.А. Егорова
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
институт остеопатической медицины

Нарушения мозгового кровообращения представляют собой одну из самых актуальных проблем современной неврологии. С каждым годом увеличивается частота цереброваскулярных заболеваний мультифакторного генеза. Одной из наиболее распространенных форм нарушений мозгового кровообращения является вертебрально-базиллярная недостаточность (ВБН). Изучение новых подходов в лечении вертебрально-базиллярной недостаточности актуально не только по причине чрезвычайной распространенности среди населения, но и потому, что до 30% всех инсультов и около 70% транзиторных ишемических атак приходится на вертебрально-базиллярный бассейн (ВББ). Существенную роль в развитии и поддержании данной сосудистой патологии играют различные биомеханические нарушения в организме человека. В настоящее время в литературе недостаточно освещены связи цереброваскулярной патологии с биомеханическими нарушениями. Наилучшие результаты в этом вопросе достигнуты при изучении связи механических дисфункций на уровне шейного отдела позвоночника и нарушений мозгового кровообращения в ВББ. Нарушения на кранио-сакральном и фасциальном уровнях также оказывают несомненное влияние на формирование ВБН.

В связи с этим, актуальной задачей является разработка патогенетически и клинически обоснованных реабилитационных программ для пациентов с ВБН. Одним из альтернативных методов лечения синдрома ВБН является метод остеопатической коррекции. Нами было обследовано и пролечено 196 пациентов с синдромом ВБН в возрасте от 0 до 60 лет.

В результате проведенных исследований было выявлено достоверное влияние патологии кранио-сакральной системы на мозговую гемодинамику в ВББ, а также влияние биомеханических нарушений торакальной и тазовой диафрагм, а также реберно-ключичного пространства. Выбор остеопатических методик определялся локализацией и характером выявленных биомеханических нарушений. В целом, остеопатический метод включал в себя коррекцию нарушений на уровне крестца, паттерна сфенобазиллярного симфиза, тазовой и торакальной диафрагм, а также ключиц, первых ребер и шейных симпатических ганглиев.

В результате остеопатического лечения клиническая и доплерографическая значительная положительная динамика была достигнута в 78,06% случаев (153 чел.); в 17,35% (34 чел.) имелись хорошие результаты; в 4,59% случаев (9 чел.) динамика не была достигнута. Осложнений в ходе остеопатического лечения не наблюдалось. Таким образом, остеопатическая терапия является этиопатогенетически обоснованной и значительно повышает эффективность лечения синдрома ВБН в неврологической практике.

МАНУАЛЬНОЕ МЫШЕЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ – НОВЫЙ МЕТОД МАНУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Л.Ф. Васильева
Российский государственный медицинский университет, г. Москва

Прикладная кинезиология, как научное направление в медицине, обладает собственным предметом воздействия (функциональные нарушения биомеханики, биохимии, и биоэнергетики). Кроме того, она обладает специальными методами их диагностики (мануальное мышечное тестирование, терапевтическая локализация, механическая, химичес-

кая, энергетическая провокации), дополняющими классические методы мануальной [6], химической, энергетической диагностики. Помимо этого, она имеет специальные методы дифференциальной диагностики патогенетического и саногенетического механизма их формирования (вибротактильное раздражение височно-сфероидальной линии, пальцевые тесты, щипковый тест, форсированное дыхание и другие), а также методами оценки эффективности проводимого лечения [5].

Теоретической основой прикладной кинезиологии является представление о патобиомеханических изменениях мышечно-скелетной системы с позиции преимущественно первичного формирования функционально расслабленной мышцы. Укороченные мышцы и функциональные блоки – проявление компенсаторной реакции со стороны других мышц на их статическую и динамическую перегрузку, которые самостоятельно исчезают при устранении расслабления мышцы. С этих позиций, **расслабленная мышца – индикатор** функциональных нарушений организма на разных уровнях формирования нейрологической дезорганизации и **провокатор** болевых мышечных синдромов в разных регионах позвоночника и конечностей, вследствие их компенсаторной биомеханической перегрузки [2]. Именно поэтому, использование возможностей её диагностики при помощи мануального мышечного тестирования и выявление причины её слабости является существенным вкладом в развитие диагностических возможностей мануальной медицины.

Основные механизмы формирования функционального расслабления мышцы – нарушение её тонуса (снижение силы мышцы во 2-ю фазу изометрического сокращения), возбудимости (запоздалое включение мышечных групп в производимое движение) и растяжимости (снижение реакции на кратковременное растяжение). Данное состояние мышцы диагностируется при помощи методов мануального мышечного тестирования, изменяется под влиянием методов терапевтической локализации и провокации [7].

Как известно, регионарный постуральный дисбаланс – это тонусно-силовой дисбаланс мышц-антагонистов. При этом, если силовой дисбаланс в виде укорочения одних мышц и растяжения (удлинения) мышц-антагонистов хорошо известен, то тонусный дисбаланс изучен мало. Хотя еще в 1936г. проф. Н.А.Бернштейном описаны 2 фазы изометрического сокращения: фазическая (регуляция на уровне центральной нервной системы), возникающая непосредственно в начале сокращения; статическая (регуляция на уровне стрио-паллидарной системы), появляющаяся лишь через 3 сек. и клинически проявляющаяся увеличением силы сокращения на 10-15% от исходного уровня в норме. Им описан и феномен паллидарного тремора возникающий при функциональном нарушении мышцы [1]. А в 1956г. М.Р.Могендовичем на экспериментальных животных доказано, что дисфункция висцеральных органов сопровождается изменением тонуса определенных скелетных мышц. Об изменчивости тонуса мышц было широко известно общественности того времени. В 1962 г. G.Goodheart описал методы клинической диагностики – мышечного тестирования. Позднее установлены причины ее расслабления: нарушение крово-, лимфообращения, инервации, наличие интоксикации различного генеза, дефицита различных веществ [5].

Нами на основании клинических и инструментальных исследований (компьютерная топография, векторная электромиография, компьютерная динамометрия) установлено патогенетическое значение расслабленных мышц в клинике формирования болевых мышечных синдромов и диагностика первичности возникновения расслабления и вторичности укорочения мышц-антагонистов [3].

Данное состояние функциональной слабости существует в норме, когда мышца выполняет в движении роль антагониста. С позиции мануальной терапии **основная причина** формирования феномена функционального расслабления мышцы – её реакция на дизафферентацию, поступающую в стрио-паллидарную систему из тканей, имеющих ассоциативные (функциональные) связи с данной мышцей, вследствие их структурных, химических или энергетических нарушений.

Функциональные нарушения биомеханики (функциональные блоки, локальная гипермобильность, укорочение, растяжение мышц, неоптимальная статика и динамика), биохимии (дефицит, избыточность веществ, наличие интоксикации и пати) и биоэнергетики (эмоции, каналы-меридианные системы, чакры, полевые структуры) обладают способностью влиять на формирование и исчезновение функциональной слабости скелетных мышц.

Дифференциальная диагностика патогенетических и саногенетических механизмов формирования данных нарушений производится при помощи механических, химических и энергетических методов провокации с использованием гомеопатических и аллопатических средств.

Таким образом, использование прикладной кинезиологии позволяет построить цепь патогенетических звеньев, формирующих в ответ на свое присутствие цепь саногенетических звеньев, которые в свою очередь манифестируют клиническими проявлениями. При этом локализация клинических проявлений не соответствует локализации патогенетических изменений. Это создает определенные трудности в обосновании проводимой терапии. Именно поэтому диагноз должен состоять из трех этапов:

- А – патогенетического диагноза;
- Б – саногенетического диагноза;
- С – клинического диагноза.

Среди функциональных нарушений биомеханики, биохимии, биоэнергетики, патобиомеханические изменения - наиболее частое нарушение, диагностируемое в практике. Их можно представить как функциональные нарушения взаиморасположения и взаимоперемещения прилегающих элементов опорно-двигательного аппарата (суставов позвоночника и конечностей, мышц регионов позвоночника и конечностей, статики и динамики в целом), нарушающие выполнение статических и динамических задач организма (с последующим формированием миофасциальных болевых синдромов), обратимые под действием методов мануальной терапии.

Нарушение статических задач проявляется асимметричным расположением прилежащих костей, формированием постурального дисбаланса мышц соответствующего и прилегающих регионов позвоночника и конечностей с последующим формированием неоптимальной статики в целом в виде «остановленного падения» тела пациента [2].

Нарушение динамических задач проявляется ограничением объема движения соответствующего сустава, изменением направления выполняемого движения, что требует динамической компенсации со стороны суставов соседних и отдаленных регионов позвоночника и конечностей [2].

Миофасциальные синдромы формируются как проявление статической и динамической перегрузки суставов и мышц, компенсирующих статическую и динамическую несостоятельность суставов, имеющих патобиомеханические изменения.

Независимо от генеза формирования функциональных нарушений (химический, энергетический, механический), их наличие будет проявляться в формировании функциональной слабости скелетной мышцы, её биомеханической несостоятельности в поддержании статики и динамики. Именно поэтому использование мануального мышечного тестирования позволяет составить диагноз патобиомеханических изменений.

Пример 1.

- А. Атипичный моторный паттерн «флексия шеи» вследствие запоздалого включения коротких флексоров шеи, как реакции на спазм грудно-брюшной диафрагмы, вследствие эмоционального стресса.
- Б. Компенсаторное укорочение коротких экстензоров шеи, ФБ CO-1 FLFR, C I- II ELFR, локальная гипермобильность CIII-IV.
- В. Синдром позвоночной артерии с кохлео- вестибулярными нарушениями, 3 ст. клинических проявлений, хроническое прогрессивное течение.

Пример 2.

- А. Неоптимальная статика (смещение центра тяжести вперед и влево). Поясничный гиперлордоз сколиоз влево, вследствие расслабления пояснично-продвздошной мышцы справа, как реакции на нефроптоз справа 1 степени выраженности (расслабление печечно-почечной связки, преобладание эмоции страха).
- Б. Компенсаторное укорочение квадратной мышцы поясницы слева, ФБ Lv-Si ELFR, протрузия диска Lv Lv -Si вправо, функциональная слабость передней большеберцовой и длинного разгибателя большого пальца, компенсаторное укорочение малоберцовых мышц и мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра.
- В. Компрессия L5 с двигательными расстройствами 1 степени, люмбоишиалгия справа. Хроническое течение, стадия неполной ремиссии 2 ст. клинических проявлений.

Таким образом, приведенные материалы свидетельствуют о различных возможностях прикладной кинезиологии для медицинской деятельности (и её основного метода диагностики-мануального мышечного тестирования).

Она может быть использована на стадии предболезни (и носить профилактический характер), в период разгара заболевания (позволяя провести дифференциальную диагностику между саногенетическими и патогенетическими механизмами) и на стадии назначения необходимой терапии, определяя её объем, продолжительность и эффективность. Существенным фактом определения места прикладной кинезиологии в медицинской деятельности является построение патобиомеханического и клинического диагноза, который не только дисциплинирует мышление врача, но и обосновывает целесообразность назначения той или иной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии и физиологической активности - М.:Биомедгиз, 1947.-420с.
2. Васильева Л.Ф. Нейрогенные механизмы и патогенетическая терапия атипичных моторных паттернов (автореферат).
3. Васильева Л.Ф. Способ электромиографической диагностики нарушений координации мышечных усилий.
4. Коган О.Г., Шмидт И.Р., Толстокоров А.А. Методологические основы диспансеризации при заболеваниях нервной системы. - Новосибирск. - Наука. - 1987. - 253с.
5. Goodheart G. Applied Kinesiology - London - 359p.
6. Lewit K. Manipulative therapy in Rehabilitation of the locomotor system.- Butterworth., Heinemann 1999,-346p.
7. Lewit K. Postisomtrische Relaxation in Kombination mit an deren Methoden muskul(rer Fazilitation und Inhibition. // Man.Med. - 1986. - N 24. - S. 30-34.
8. Shafer J. Applied Kinesiology // Modul 1,3,7, 1994, 120p.

ОСТЕОПАТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

Л.А. Ласовецкая¹, В.С. Коваленко²

¹Клиника остеопатической медицины, ²СПБМАПО; г. Санкт-Петербург

Состояние здоровья беременных женщин и новорожденных в России в последние годы внушает серьезные опасения. До 60% родов протекают с осложнениями (М.А. Курцев, 2000). Показатели материнской смертности в результате осложнений беременности и родов в 5-10 раз превышают статистику Европейских стран (Т.М. Максимова, 1999). Уровень перинатальной патологии составляет 500-620 случаев на 1000 детей до года (Е.П.Какорина, 2000). Перинатальные поражения головного мозга регистрируются у 40-60% новорожденных (А.А.Баранов, Л.А.Щеплягина, 2000). Все это требует поиска средств, благоприятствующих течению беременности, обеспечивающих снижение частоты родовых травм и заболеваемости детей. В этой связи немалая роль в системе подготовки беременных к родам должна принадлежать остеопатии, имеющей, в первую очередь, профилактическую направленность.

Цель остеопатического сопровождения:

- устранить ограничения подвижности матки, улучшить подвижность в окружающих тканях и суставах, подготовить связочно-мышечно-скелетную систему к предстоящим родам;
- оптимизировать позу по мере развития беременности, причем под позурой понимается не только состояние дуг позвоночника, а положение всех сегментов тела по отношению к линии, проходящей через центр тяжести.

Обычно беременные обращаются к остеопатам после 20-й недели. Хотя в литературе и высказываются сомнения относительно целесообразности использования остеопатического лечения на ранних сроках, имеющиеся собственные наблюдения ведения женщин с момента зачатия позволяют говорить о полной его безопасности, и рекомендуемые ограничения можно считать больше юридическими (опасение простого совпадения проведенного сеанса с выкидышем), чем медицинскими.

При первичном обращении помимо акушерского анамнеза необходимо тщательно собрать информацию о перенесенных ранее заболеваниях, травмах, образе жизни и т.д. В дополнение к общему остеопатическому обследованию, позволяющему охарактеризовать позу и выделить зоны дисфункций, не связанных с протекающей беременностью, проводится специфическое остеопатическое обследование таза, матки, окружающих тканей и т.д. Оцениваются положение плода в матке, его состояние, степень комфортности. Необходимо определить, влияют ли дисфункции, предположительно не связанные с беременностью, на ее течение, требуется ли их коррекция, и как она скажется на общем биомеханическом балансе тела.

При первичном обращении целесообразно попытаться устранить нарушения, вызывающие жалобы, и обсудить с женщиной весь план дальнейшего ведения, объясняя значение той или иной техники для нее и будущего ребенка. Нужно дать ей представление о биомеханике родов, участии гравитационных сил в этом процессе, роли мышц, контролирующих процесс изгнания.

При наблюдении, осуществляемом со второй половины беременности, лечебные сеансы проводятся с интервалом в 2-4 недели в зависимости от выявленных дисфункций. Ближе ко времени родов посещения становятся чаще. Работу с нижним сегментом матки и внутренние техники лучше начинать с 32-34-й недели.

При ректальном обследовании копчика обращают особое внимание на его положение, подвижность, состояние окружающих тканей. Корректирующее воздействие должно обеспечить симметричную подвижность копчика. Цель внутривлагалищных техник состоит в том, чтобы сбалансировать тонус мышечных масс влагалища, улучшить эластичность тканей, добиться симметричной подвижности шейки матки. Начиная с 38-й недели целесообразно лечебные сеансы заканчивать техникой CV4, которая хорошо синхронизирует ткани женщины, подготавливая их к работе в родах.

Данное сообщение основывается на трехлетнем опыте работы с беременными. За это время обратились за консультацией и лечением 52 женщины, однако, в статистический анализ включены 28 беременных, попавших под наблюдение не позже 26-й недели и прослеженных до момента родов, из них трое наблюдались с ранних сроков (2-3-я нед.)

Первородящими были 11 (39,3%) женщин, повторнородящими - 17 (60,7%). По поводу различных жалоб обратились 18 (64,3%), у остальных 10 (35,7%) осуществляли профилактическое наблюдение и поддерживающее лечение. Наибольшее количество жалоб было на боли в спине. После первого же сеанса они исчезли у 12 из 16 женщин. Тонус матки удалось снизить у 4 из 5, положение плода нормализовалось у 8 из 10. С целью определения достигнутого эффекта было проведено сравнение некоторых показателей родов и состояния здоровья новорожденных в рассматриваемой группе с данными литературы. Для перинеотомии показатели составили 10,7% и 46,2% (Б.Н.Новиков, 1998), слабость родовой деятельности отмечена в 2,8% и 7,7% (Б.Н.Новиков, 1998) соответственно. Оценка по шкале Апгар 8 и выше выставлена 26 из 28 новорожденных, только четыре ребенка имели диагноз перинатальной энцефалопатии, на грудном вскармливании до 6-и месяцев было 25 детей.

Эти данные убедительно показывают, что остеопатическое сопровождение беременных позволяет снизить количество осложнений в родах как для матери, так и для младенца.

ВЗГЛЯД ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА НА РАЗЛИЧНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ТЕХНИКИ МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

П.Г. Лопушанский
Медицинский центр АРТР, г. Таллинн

Скоро Российская ассоциация мануальной медицины будет отмечать свой 15-и летний юбилей. За это время в Россию хлынула лавина информации. Появилась возможность изучать, осваивать различные направления такого широкого раздела медицины, каким является мануальная медицина. При этом, в некоторых случаях, врачи, изучающие различные диагностические и лечебные методы, сталкиваются с разными школами, которые отрицают друг друга, обещая решение всех проблем, возникающих при оказании помощи пациенту. Конечно, мечта о панацее - средстве от всех болезней еще долго не умрет, однако давайте разберемся в возможностях и различиях разных школ и направлений в мануальной медицине.

Основные направления, наиболее широко представленные в настоящее время, можно разделить следующим образом:

1. Странники «жестких» техник, которые в лечении используют:
 - мобилизации
 - манипуляции
 - постизометрическую релаксацию.
2. Странники «мягких» техник, которые в лечении используют:
 - мышечно-энергетические техники
 - миофасциальное расслабление
 - не прямые функциональные техники.

Отдельно можно выделить:

- кранио-сакральные техники
- висцеральные техники.

Кроме этого существует и завоевывает все больше сторонников **прикладная кинезиология** - отдельное направление в медицине, где диагностика основана на иных принципах (мышечном тестировании), а в лечении используются различные техники, как «жесткие», так и «мягкие».

Давайте разберемся, что же мы лечим, на какие структуры воздействуем и в чем преимущества и недостатки различных техник. Лечебные воздействия мануальной медицины направлены не только на весь опорно-двигательный аппарат, но и на внутренние органы и центральную нервную систему. В первую очередь необходимо разобраться с методами воздействия на позвоночник. Обратимся к биомеханике.

Каждый позвонок, начиная с С₂ и кончая L₅, представлен в виде сложной формы фигуры с тремя точками опоры (из стереометрии мы знаем, что любое тело, имеющее три точки опоры, является наиболее устойчивым, так как через три точки можно провести только одну плоскость). Эти три точки представлены двумя межпозвоноковыми суставами и телами позвонков, соединенных между собой межпозвоноковыми дисками. Межпозвоноковые диски позволяют совершать телам позвонков движение по отношению друг к другу, при этом расстояние между телами практически не изменяется. Этому способствует строение диска: мощное малорастяжимое фиброзное кольцо и студенистое ядро (гель, также как и жидкость, практически несжимаем). В связи с этим, движения в межпозвоночном симфизе при отсутствии деструктивных изменений в диске угловые, линейные движения практически невозможны.

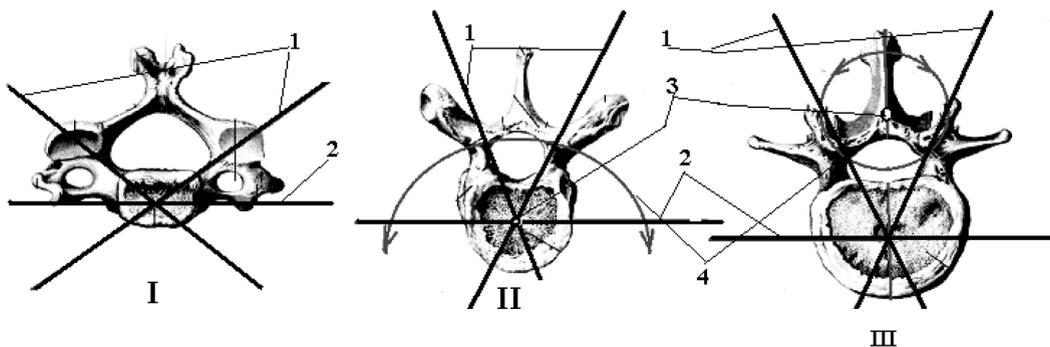
Межпозвоноковые суставы парные, различно направленные в разных отделах позвоночника. В связи с тем, что в межпозвоноковых дисках практически исключены линейные движения, в межпозвоноковых суставах движения, в основном, линейные.

Учитывая данные особенности межпозвоноковых соединений, мы можем определить возможные направления движений в каждом сегменте. Преимущественное направление движения определяется, в основном, формой межпозвоноковых суставов и плоскостью, в которой они расположены.

Исходя из анатомии, можно сделать следующие выводы:

1. Основными и одинаковыми для всех отделов позвоночника движениями являются флексия и экстензия.
2. Флексия или экстензия в одном суставе сопровождаются ротацией и латерофлексией позвонка.
3. В шейном отделе позвоночника ротация и латерофлексия в чистом виде невозможна.
4. В грудном и поясничном отделах позвоночника ротация сопровождается повышением внутривещного давления: в грудном отделе за счет скручивания, а в поясничном - за счет линейного смещения в области диска.

При возникновении дисфункций в позвоночно-двигательном сегменте нарушения могут нести преимущественно суставной, мышечный, связочный характер, а также могут быть связанными с костными, внутривещными или ины-



Оси движения позвонков: I - шейного, II - грудного, III - поясничного позвонков

1 - при движении во флексию (экстензию) в одном межпозвоночном суставе

2 - при движении во флексию (экстензию) в обоих межпозвоночных суставах

3 - при ротации позвонков

4 - направление движения позвонков при ротации.

ми нарушениями (скручивание твердой мозговой оболочки, висцеро-моторные рефлексы). Как правило, нарушение имеется преимущественно в одном межпозвоночном суставе позвоночно-двигательного сегмента. Все это сопровождается местной и общей мышечной реакцией. Что же происходит при использовании различных техник?

Мобилизации, манипуляции позволяют восстановить флексию (экстензию) в отдельном суставе, при выполнении производится ротация позвонков по отношению друг к другу. Воздействие, в основном, направлено на суставной и связочный компонент.

Постизометрическая релаксация направлена на расслабление напряженных, укороченных мышц, позволяет улучшить движение во всех трех плоскостях. Воздействие, в основном, направлено на поверхностные мышцы и на определенный регион в целом. Восстановить движение в отдельном позвоночно-двигательном сегменте данный метод не позволяет.

Мышечно-энергетические техники позволяют восстановить флексию (экстензию) в отдельном суставе, при этом устраняется ротация с латерофлексией. Воздействие направлено, в основном, на суставной и мышечный компонент.

Миофасциальное расслабление позволяет восстановить нормальный тонус мышц, фасций, связочного аппарата, а через них восстановить движение в суставе. Воздействие направлено послойно на все ткани от кожи до надкостницы включительно.

Непрямые функциональные техники позволяют восстановить флексию (экстензию) в отдельном суставе, при этом воздействие проводится в направлении, противоположном дисфункции (от барьера), то есть, увеличивая флексию, мы восстанавливаем экстензию. Воздействие направлено, в основном, на суставной и мышечный компонент.

Прикладная кинезиология позволяет выявлять иные, не связанные непосредственно мышечными, суставными и связочными нарушениями, причины дисфункций опорно-двигательного аппарата: висцеро-моторные рефлексы, различные интоксикации, психосоматические нарушения. В лечении используются различные лечебные техники - как «жесткие», так и «мягкие», преимущественно мобилизации и манипуляции, а также химическая, психологическая и прочие коррекции.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНИК.

Мобилизации, манипуляции. Преимущества: позволяют быстро и эффективно восстанавливать движения в суставах во всех трех плоскостях, причем, при устранении излишней ротации бывают подчас незаменимы. **Недостатки:** при выраженной мышечной реакции возникают сложности в корректном проведении данных техник, возникает опасность травматизации тканей, вплоть до перелома позвонков. Ротация позвонков, которая производится при многих манипуляциях, может вызывать повышение внутридискового давления, что нежелательно при дегенеративных изменениях в межпозвоночных дисках и телах позвонков. Щелчки и хруст при манипуляциях могут негативно сказаться на психологическом состоянии пациента. Диагностические методы, которые используются в данных техниках, не всегда конкретны.

Постизометрическая релаксация. Преимущества: техники позволяют быстро и эффективно восстанавливать движения во всех трех плоскостях, дают возможность устранять мышечное напряжение, растягивать укороченные мышцы. **Недостатки:** терапевтическое воздействие затрагивает, в основном, поверхностные, длинные мышцы, изменить же состояние коротких мышц и конкретного позвоночно-двигательного сегмента при использовании данной техники практически невозможно.

Мышечно-энергетические техники. Преимущества: техники позволяют быстро и эффективно восстанавливать флексию (экстензию) в каждом конкретном суставе. Так как в данных техниках отсутствуют насильственные действия со стороны врача, данные техники можно использовать при выраженных болевых синдромах, выраженной мышеч-

ной реакции. Дегенеративные изменения в телах позвонков и межпозвонковых дисках не являются в большинстве случаев противопоказаниями в проведении данных техник. Диагностические методы очень точны и конкретны. **Недостатки:** при использовании данных техник сложно, а подчас невозможно, устранить излишнюю ротацию позвонков. Так как проведение данных техник требует активного участия пациента, их использование в ряде случаев - невозможно (пациент не может или не хочет выполнять команды врача, при лечении детей до 3-х – 5-ти лет и т. д.).

Миофасциальное расслабление. Преимущества: имеется возможность воздействовать послойно на все ткани - кожу, подкожную клетчатку, фасции, мышцы (как поверхностные, так и глубокие), связки, надкостницу, а через них и на каждый конкретный сустав в целом. **Недостатки:** малоэффективны для устранения суставного компонента дисфункции, при большом объеме вмешательства общая реакция организма может быть сильно выражена. Сложности в использовании техник при заболеваниях кожи.

Непрямые функциональные техники. Преимущества: техники незаменимы при остром болевом синдроме, выраженной мышечной реакции. В остальном - преимущества и недостатки те же, что и у мышечно- энергетических техник.

Прикладная кинезиология. Преимущества: особые методы диагностики (мышечное тестирование) позволяют выявлять и лечить, в отличие от других разделов медицины, висцеро-соматические, психосоматические и другие нарушения. **Недостатки:** недостаточно внимания уделяется обратной связи - влиянию нарушений опорно-двигательного аппарата на внутренние органы, психическое и психологическое состояние пациента. Недостатки и преимущества лечебных техник перечислены выше.

Конечно, любой врач, достаточно долго использующий в лечении те или иные техники, приведет значительно больше аргументов в пользу своей техники, развеет недостатки и в дополнение приведет массу аргументов против других техник. Это объясняется очень просто. Любой, долго практикующий врач, зная о недостатках метода, видоизменяет лечебные техники, увеличивая их возможности и уменьшая недостатки. При этом он может совершенно искренне бороться против «жестких» или «мягких» техник, не подозревая, что сам он уже давно использует в лечении техники обоих направлений.

Какие же выводы можно сделать из вышесказанного?

1. Все техники имеют свои преимущества и недостатки. Никакие из техник не являются «абсолютными».
2. Для оказания более эффективной помощи пациенту, врач должен владеть как «жесткими», так и «мягкими» техниками, быть знаком с основными принципами прикладной кинезиологии.
3. Полноценное обучение врачей мануальной медицине должно включать обучение (ознакомление) всем основным лечебным техникам.

Так какие же лечебные техники должен использовать врач при лечении больного? Конечно же те, какими владеет лучше всего.

МАНУАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА КАК ЭЛЕМЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

В.В. Малаховский

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, г. Москва

Среди заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), инфекция, обусловленная вирусом простого герпеса (ВПГ), занимает одно из ведущих мест. И число инфицированных имеет тенденцию к увеличению. Так в России в 1994г. заболеваемость генитальным герпесом составила 7,4 случаев на 100 тысяч населения, в 1996 -10,8 и в 1997 - 14,1 случаев на 100 тысяч.

Различают две основные антигенные группы ВПГ 1-го и 2-го типов (ВПГ-1, ВПГ-2). Штаммы ВПГ-1 чаще удается выделить при поражении кожи лица, верхних конечностей, штаммы ВПГ-2 - при генитальной локализации очагов, хотя прямой связи между антигенной специфичностью и локализацией очага поражения в последние годы не обнаруживается. Для ВПГ характерна пожизненная персистенция в организме инфицированных, значительный полиморфизм клинических проявлений, торпидность к существующим методам лечения, проградное течение, рецидивирующий характер. Часто рецидивирующие формы болезни встречаются у 50-75% пациентов.

Описание различных клинических форм генитального герпеса (ГГ) встречается во многих работах, но оно, как правило, ограничивается изложением поражений кожи и слизистых оболочек, но достаточно редко уделяется внимание локальной неврологической патологии, сопровождающей герпетические обострения. Терапия проявлений ГГ и его осложнений продолжает оставаться актуальной проблемой медицины, несмотря на постоянно пополняющийся арсенал специфических и неспецифических противогерпетических средств. На ранних этапах герпетической инфекции вирусные частицы внедряются в нервные окончания кожи или слизистой оболочки, продвигаются центростреми-

тельно по аксоплазме, достигают периферических, затем сегментарных и регионарных сенсорных ганглиев, где ВПГ пожизненно сохраняется в латентном состоянии. При ГГ - это ганглии люмбо-сакральной области, служащие резервуаром вируса для его половой передачи. Во время рецидива ВПГ распространяется в центробежном направлении, что определяет локализацию очагов высыпаний.

Нами было обследовано 25 женщин в возрасте от 20 до 40 лет. Длительность заболевания рецидивирующим ГГ составляла не менее двух лет. Причем, на протяжении, как минимум, последнего года больные неоднократно получали адекватное патогенетическое лечение, включавшее назначение ацикловирсодержащих препаратов (зовиракс, валтрекс, ацикловир), а также индукторы интерферона (амиксин, полудан) и интерфероны (реаферон, виферон) с целью усиления противовирусного иммунитета. Пациентов объединяло тяжелое, упорное течение заболевания. Частота ежегодных рецидивов колебалась от 6 до 10. Герпетические обострения сопровождалась тянущими болями внизу живота, иррадиирующими в поясничную область, прямую кишку, в зону промежности, по задней поверхности бедра. Пациентки предъявляли также жалобы на ощущение жжения, покалывания.

У 15 пациентов при нейроортопедическом обследовании был выявлен скрученный таз, а также выраженный мышечно-тонический синдром большой и средней ягодичных, а также грушевидных мышц. У этой группы пациентов применялись мягкие методики мануальной терапии, включающие миофасциальное расслабление, мышечно-энергетические техники, а также постизометрическую релаксацию. Проводилось десять процедур с периодичностью один раз в три дня. Мануальные методы применялись на фоне проводимого патогенетического лечения ГГ. Целью настоящего исследования была оценка результативности применения методов мануальной медицины при рецидивирующем ГГ. Критериями эффективности проведенных вмешательств было снижение частоты обострений ГГ и выраженности болевого синдрома при герпетических проявлениях.

Прослежен катамнез в течение года после проведенного курса терапии. У 10 женщин (67%) отмечено снижение частоты рецидивов в два раза. У остальных наблюдалось уменьшение длительности обострений, при сохранении частоты их возникновения. У четырех пациентов (25%) отмечено снижение интенсивности болевых проявлений на 55% по визуально-аналоговой шкале. У девяти (60%) боль при обострениях перестала возникать.

Одной из гипотез, объясняющих влияние оптимизации биомеханики зоны пояса нижних конечностей на частоту и интенсивность обострений рецидивирующего ГГ, может служить нормализация венозного оттока и микроциркуляции, что способствует, в свою очередь, достижению более высокой концентрации в тканях этой области ацикловирсодержащих препаратов, а также, возможно, локальной активации иммунных реакций.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует об эффективности применения методов мануальной терапии у пациентов с рецидивирующим ГГ при наличии у них скрученного таза и мышечно-тонических синдромов в зоне пояса нижних конечностей. В сочетании с противовирусной и иммуномодулирующей терапией. Учитывая приведенные данные, рекомендуется проводить нейроортопедическое обследование пациентов с рецидивирующим ГГ, особенно в случае низкой эффективности лечения заболевания стандартными методами. При выявлении нарушений биомеханики проводить их коррекцию методами мануальной медицины.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ – ОБЩЕОЗДРАВЛИВАЮЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

И.В. Мещеряков

ООО «Санаторий (курорт) “Краинка”», Тульская обл.

122 отдыхающих, имеющих клинические проявления люмбалгии, с помощью генератора случайных чисел были поделены на 2 группы. 1-я группа получала мануальное лечение вместе с ваннами и грязелечением по стандартной методике [А.М. Ногаллер, А.В. Алексеев, 1991]. 2-я группа принимала только ванны и грязелечение. Срок наблюдения 10-12 дней выбран в связи с тем, что он достаточен для исчезновения бальнеореакции, но не достаточен для достоверного оздоравливающего эффекта от санаторно-курортного лечения [В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко, 1999].

За это время было проведено в среднем 6-7 сеансов мануального лечения в 1-й группе. До и после курса лечения выполнялось гематологическое исследование, используемое для определения адаптационных реакций организма. Исследование проводилось на гематологическом анализаторе «System 190 +» с ежедневным использованием контрольной крови «Hematology-16» фирмы Bio-Rad. Контроль качества подсчета формулы крови проводился в системе ФСВОК. Использовался простой слепой метод: пациенты и лаборанты, проводившие исследование, ничего не знали о проводимом эксперименте. Математическая обработка статистических данных, подсчет интегративного балла типа реакции и уровня реактивности (ИБТРУР) проводилась в Microsoft Excel 2000, параллельно с последним проводился подсчет баллов с помощью компьютерной программы «АнтиСтресс-курорт» [АЕН РФ. Центр активационной терапии,

СОСТАВ ГРУПП

Таблица 1

N	Численность, чел.	Возраст, лет	Длительность санаторно-курортного лечения, дни	Пол, ж=1	К-во сеансов мануальной терапии или диагностики
1.	59	46,73+-9,71	11,58+-4,42	0,71+-0,45	6,22+-2,39
2.	63	45,02+-9,92	11,97+-3,22	0,71+-0,45	0
3.	24	45,25+-8,58	11,00+-3,69	0,63+-0,48	6,33+-1,66

ДАННЫЕ ИССЛЕДУЕМЫХ ВЕЛИЧИН В ГРУППАХ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Таблица 2

N	Б«АСК»	ИБТРУР	Б	Э	М	Л	П / Я	С / Я	Лейк.
1 до леч.	1187,46+-927,42	10,88+-3,85	0,07+-0,20	1,59+-2,02	3,88+-2,30	33,02+-7,49	2,43+-1,58	59,00+-8,42	6,87+-1,94
1 после	2248,14+-1351,63	14,68+-4,08	0,14+-0,41	2,09+-1,65	4,63+-1,94	34,35+-5,06	2,33+-1,44	56,29+-5,43	5,44+-1,17
2 до леч.	1144,44+-894,41	10,52+-3,10	0,08+-0,22	1,47+-1,40	4,64+-2,38	32,91+-5,65	1,96+-1,39	58,94+-6,10	6,79+-1,72
2 после	1324,13+-938,17	11,73+-3,53	0,11+-0,25	1,71+-1,49	4,91+-2,37	31,91+-5,08	2,26+-1,46	58,93+-5,31	6,93+-1,44
3 до леч.	1006,67+-620,93	9,75+-2,80	0,15+-0,28	1,73+-1,76	4,40+-2,49	32,65+-5,52	1,69+-1,21	59,27+-6,43	6,57+-1,69
3 после	951,67+-553,97	10,29+-2,71	0,25+-0,47	2,04+-2,01	4,90+-3,04	31,19+-6,37	1,98+-1,20	59,65+-6,27	6,84+-1,95

Примечания: 1. Б «АСК» - балл, рассчитанный по компьютерной программе «АнтиСтресс-курорт». 2. ИБТРУР – интегральный балл уровня реактивности и типа реакции. Характеризует степень гармоничности состояния всех систем организма при данной адаптивной реакции. При стрессе очень низких уровней реактивности равен 1, при повышенной активации высоких уровней реактивности равен 20. 3. В % указано число: Б – базофилов, Э – эозинофилов, М – моноцитов, Л – лимфоцитов, П / Я и С / Я – палочко- и сегментоядерных нейтрофилов. 4. Лейк. – количество лейкоцитов

СРАВНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ 1 И 2 ГРУПП ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Таблица 3

	Возр.	Пол	Дни лечен.	Б «АСК»	ИБТ РУР	Б	Э	М	Л	П / Я	С / Я	Лейк.
д	0,961	0,000	0,560	0,261	0,568	0,263	0,383	1,792	0,092	1,794	0,045	0,241
п				4,484 **	4,275 **	0,492	1,338	0,725	2,655*	0,266	2,727 *	6,324 **

Примечания: 1. д и п – до и после лечения. 2. * - p < 0,01, ** - p < 0,001. 3. Использовался двусторонний вариант критерия Стьюдента. 4. В таблице приведены значения t.

ИЗМЕНЕНИЯ ИССЛЕДУЕМЫХ ПАРАМЕТРОВ В КАЖДОЙ ИЗ ГРУПП ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Таблица 4

N	Б «АСК»	ИБТРУР	Б	Э	М	Л	П / Я	С / Я	Лейк.
1.	1059,66+-1308,67****	3,80+-4,27****	0,08+-0,35	0,50+-1,81*	1,09+-2,96***	1,25+-8,27	-0,09+-2,07	-2,73+-8,72**	-0,77+-1,56
2.	173,97+-1211,53	1,21+-4,33*	0,03+-0,25	0,25+-1,64	0,26+-3,01	-1,20+-6,86	0,14+-1,93	-0,01+-6,44	0,14+-1,71
3.	-55,00+-857,55	0,54+-3,89	0,10+-0,57	0,31+-2,03	0,50+-3,75	-1,46+-8,50	0,29+-1,74	0,38+-7,37	0,28+-1,89

Примечания: 1. Название столбцов – см. табл/ 2. 2. * - p < 0,05, ** - p < 0,02, *** - p < 0,01, **** - p < 0,001. 3. Использовался парный критерий Стьюдента.

СРАВНЕНИЕ ИССЛЕДУЕМЫХ ПАРАМЕТРОВ 3-Х ГРУПП ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Таблица 5

Сравнив. группы	Возраст, лет	Пол, ж = 1	К-во сеанс. МТ или диагн.	Длит. сан.-кур. леч., дни	Б «АСК»	ИБТРУР	Б	Э	М	Л	П / Я	С / Я	Лейк.
1 – 2 до	0,961	0,000	-	0,560	0,261	0,568	0,263	0,383	1,792	0,092	1,747	0,045	0,241
1 – 2 после	0,961	0,000	-	0,560	4,484**	4,275**	0,492	1,338	0,725	2,655*	0,266	2,724*	6,324**
1 – 3 до	0,650	0,721	0,206	0,567	0,877	1,302	1,482	0,297	0,983	0,220	2,061	0,141	0,662
1 – 3 после	0,650	0,721	0,206	0,567	4,533**	4,846**	1,058	0,117	0,484	2,834*	1,051	2,440*	6,379**
2 – 3 до	0,100	0,727	-	1,205	0,683	1,062	1,228	0,720	0,415	0,193	0,839	0,222	0,535
2 – 3 после	0,100	0,727	-	1,205	1,861	1,837	1,818	0,844	0,016	0,550	0,851	0,530	0,238

Примечания: 1.- Обозначения столбцов – см. таблицу 2. 2. * - p < 0,05, ** - p < 0,01. 3. Использовался двусторонний вариант критерия Стьюдента с поправкой Бонферрони. 4. В таблице приведены значения t сравниваемых групп.

1995] (Б «АСК»). Группы были репрезентативны по своим параметрам (табл.1 и 2). После лечения выявлены статистически достоверные отличия в них по лимфоцитам, сегментоядерным нейтрофилам, лейкоцитам, Б «АСК», ИБТРУР с помощью двустороннего варианта критерия Стьюдента (табл.3). С помощью парного критерия Стьюдента выявлено также, что в 1-й группе есть статистически достоверные изменения в количестве эозинофилов, моноцитов, сегментоядерных нейтрофилов, лейкоцитов, Б «АСК», ИБТРУР, а во второй только ИБТРУР (табл.4). Изменения количества лимфоцитов в 1 и 2 группах, выявленные с помощью парного критерия Стьюдента, были статистически не достоверны, но разнонаправлены. В связи с этим, при сравнении 2-х групп и выявлены статистически достоверные различия в их количестве в лейкоцитарной формуле групп после лечения. Для доказательства, что указанные изменения в формуле крови и баллах, указывающих на тип адаптивной реакции организма и уровень его реактивности, происходят именно

из-за применения мануального лечения, была набрана 3-я группа из 24 человек, репрезентативная по всем показателям первым двум (табл. 1, 2). В ней на фоне приема ванн и пеллоидотерапии проводилась мануальная диагностика 6-7 процедур в среднем. Достоверных различий в результатах лечения в ней и во 2-й группе не выявлено (табл. 4, 5). Для статистического анализа результатов лечения в 3-х группах использовался двусторонний вариант критерия Стьюдента с поправкой Бонферрони.

Итак, изменения в гематологических показателях показывают, что адаптивные реакции у пациентов из 1-й группы, находившиеся до лечения, в основном, на уровне спокойной и повышенной активации низкого уровня реактивности, стали находиться, в среднем, в состоянии спокойной и повышенной активации средних уровней реактивности. Во 2 и 3 группах таких изменений не отмечено. Согласно Диплому на открытие № 158 [Л.Х.Гаркави, Е.Б.Квакина, М.А.Уколова, 1975: «Закономерность развития качественно отличающихся общих неспецифических адаптивных реакций организма»], изменение в типе реакции и / или в уровне реактивности организма ведет к изменению работы его органов, в том числе иммунной, эндокринной и нервной систем. Эти изменения в системах организма происходят вплоть до клеточного и ферментативного уровня. С повышением уровня реактивности и нахождении организма в состоянии активации повышается его резистентность к любым патологическим воздействиям. В связи с этим, становится понятным причина положительного эффекта мануального лечения не только при вертеброгенных, но и различных соматических заболеваниях [А.А.Скоромец, А.И.Ахметсафин и др., 1999, А.Б.Ситель, 1998, А.А.Лиев, 1999, Н.И. Сулим, 1993 и мн.др.]. При их лечении мануальная терапия выступает как фактор неспецифического оздоровления организма, восстанавливающий и гармонизирующий взаимодействие между ЦНС и внутренними органами. Это и приводит к нормализации функции последних.

Выводы:

1. При мануальном лечении в количестве в среднем 6-7 сеансов происходят достоверные изменения в гематологических показателях, что указывает на изменение в уровне реактивности организма и типа его адаптивной реакции у пациентов.
2. Анализ этих изменений доказывает положительное влияние мануальной терапии на тип реакции и уровень реактивности организма, а это значит, что она оказывает гармонизирующее действие на все системы организма. То есть оказывает общеоздоравливающее действие на весь организм в целом.
3. Поэтому мануальная терапия должна использоваться не только при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата, но и быть обязательным звеном в реабилитации больных с разнообразными соматическими заболеваниями, а также для их 1-й и 2-й профилактики.

При наблюдении 146 человек доказано влияние мануального лечения на адаптивные реакции организма, его общеоздоравливающий эффект.

ВЗГЛЯДЫ ОСТЕОПАТА НА ЭНУРЕЗ

К.В. Шарапов

**Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
институт остеопатической медицины**

Встречаясь с остеопатами в России и в Европе, я увидел, что существует мнение будто бы проблема энуреза - это в основном прерогатива психологов, а не остеопатов. Мой личный опыт и мои наблюдения не соответствовали этому мнению. Чтобы подтвердить или опровергнуть существующий взгляд остеопатов на проблему энуреза, я решил выполнить работу по лечению детей, страдающих ночным недержанием мочи. Так случилось, что на кафедре нефрологии Педиатрической академии я встретил врачей-нефрологов, готовых заняться вместе со мной этой проблемой. Заведующий кафедрой профессор А.В. Папаян поддержал выполнение этих исследований.

Работа была начата в 1997 г. и закончена в 1999г. За это время мною было обследовано и пролечено более 150-и детей, страдающих энурезом. Первоначальная цель по выявлению эффективности остеопатических подходов в отношении энуреза стала не актуальна, так как почти сразу после первых сеансов пошли выраженные положительные результаты. Я поставил новую цель: систематизировать остеопатические повреждения, встречающиеся при энурезе. Для этого, после выявления того или иного остеопатического повреждения, я воздействовал на это повреждение остеопатическими техниками и, совместно с нефрологами, отмечал динамику заболевания. Это позволяло мне выявить связь остеопатического повреждения с самим заболеванием.

Остеопатическое повреждение считалось значимым, если после его устранения частота недержания мочи уменьшалась более чем на 60%. В самом начале своих исследований я проводил кранио-сакральные, миофасциальные, структуральные и висцеральные подходы. В ходе работы мне пришлось остановиться на кранио-сакральном подходе, так как, используя его, я получал наибольшие положительные результаты. Этот же подход я использовал для систематизации остеопатических повреждений, встречающихся при энурезе.

Прежде чем перейти к классификации энуреза, разработанной мною, я хочу вернуться к концепции о первичном дыхательном механизме. В этой концепции огромная роль отдается твердой мозговой оболочке и мембранам взаимного натяжения. Состояние, а вернее подвижность, dura mater, и легло в основу моей классификации.

Я классифицирую энурезы по ограничению физиологической подвижности dura mater в наиболее часто встречающихся точках. Этими точками являются точки прикрепления dura mater:

- На уровне крестца - S1-S2.
- Серповидной связки на уровне решетчато-лобного прикрепления.
- Переход dura mater на уровне C0-C1-C2.

Хочу еще раз подчеркнуть, что в классификации энурезов я отмечаю именно фиксацию dura mater, а не повреждение позвонков, швов, тканей.

Классификация выделяет следующие группы:

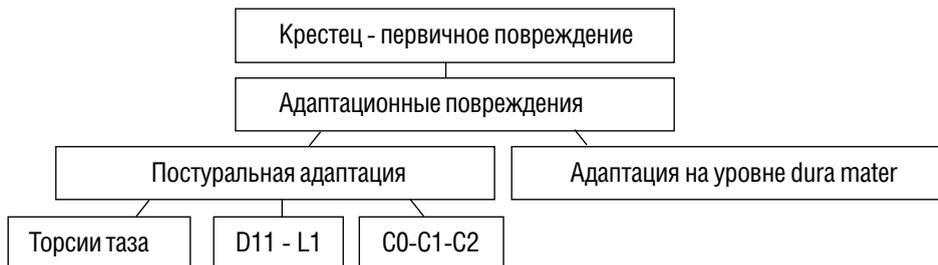
- 1 группа - фиксация dura mater на уровне S1-S2.
- 2 группа - фиксация dura mater на уровне S1-S2 и серповидной связки на уровне решетчато-лобного перехода.
- 3 группа - фиксация dura mater на уровне S1-S2 решетчато-лобного перехода на уровне C0-C1-C2.
- 4 группа - особая группа. Она является подгруппой 3-й группы.

Имеются все механические повреждения, характерные для 3-й группы, но добавляется новый, не механический фактор - повреждение ЦНС.

Повреждение ЦНС имеет клинические формы проявления (нарушение поведения, внимания...).

Хочу немного остановиться на каждой из групп в отдельности.

1 группа. Эта группа наиболее поддается остеопатическому лечению. Устранение (полное) энуреза достигается после 1-2 процедур. Повреждение крестца первично. Есть различные дисфункции на уровне таза: D11-L1, C0-C1-C2, мембран взаимного натяжения, которые являются адаптационными к повреждению крестца. Восстановление крестца устраняет адаптационные нарушения или уменьшает их, если фиксация была длительной.



Меня огорчает, что некоторые специалисты видят в адаптационных нарушениях самостоятельную проблему. Также я не исключаю, что адаптационные дисфункции на уровне D11-L1 могут иметь сомато-висцеро-соматическую природу. Наиболее частые причины повреждения крестца, на мой взгляд, это микротравмы.

2 группа. Встречается чаще 1-й группы, эффективность лечения меньше. Уменьшение энуреза по частоте на 60-70% после 2-3 процедуры. Здесь первичными нарушениями является крестец и мембраны взаимного натяжения. В зависимости от доминирования повреждений решетчато-лобного перехода или крестца, встречается верхний или нижний вертикальный стрейн. Адаптационные нарушения как и в первой группе, но более выражены на уровне C0-C1-C2, так как испытывают дополнительное влияние мембран взаимного натяжения. Причину этих повреждений я вижу как следствие родовой травматизации.

3 группа. Эффективность лечения меньше, чем в предыдущих группах. Требуется большее количество процедур. В отличие от предыдущей группы, повреждение на уровне C0-C1-C2 является первичным. Часто сопутствующие жалобы на головную боль, нарушение менструального цикла, которые проходят после первых процедур.

Есть повреждения на уровне крестца вследствие фасциальной фиксации таза. Можем выдвинуть гипотезу, что напряжения фасций есть остаточные проявления гипертонуса мышц в первый год жизни. Данная группа больных очень чувствительна к факторам агрессии таким как: психоэмоциональные стрессы, инфекционные стрессы, метеорологические условия и т. д.

В этой группе после продолжительной ремиссии возможны обострения.

4 группа. Есть механические повреждения, но их устранение не влияет на энурез. На фоне остеопатического лечения улучшается картина ЭЭГ, уменьшаются изменения на УЗДГ.

Данная классификация не совершенна и имеет много недочетов. Разработана она была в помощь практикующему остеопату для быстрой оценки состояния больного и принятия тактики лечения.

Проблема энуреза требует дальнейшего изучения совместно с нефрологами, психологами, невропатологами.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

Аврусин С. Л. 49	Лебедев В. П. 29	Скоробогач М. И. 30, 41, 65, 73, 86
Алексеев И. Г. 31	Ли И. Л. 58, 80	Скоромец А.А. 7, 63, 66, 67, 74
Андреев В. В. 39, 63	Лиев А. А. 30, 41, 59, 61, 65, 73, 86	Скоромец А. П. 66
Асфандиярова Е. В. ... 22, 38	Лопушанский П.Г. 95	Скоромец Т.А. 66
Ахметсафин А.Н. 7, 66, 67	Малаховский В.В. 97	Сладкова Н.И. 49
Бабаков С.С. 72	Машкин М. В. 18, 53, 55, 60	Смирнов В. М. 44
Батышева Т. Т. 46, 47, 48	Медведева Л. А. 20	Солонский А.В. 66
Баранцевич Е.Р. 7, 66	Мельник Н.В. 66	Соснова С.В. 49,
Бахтадзе М. А. 25	Мещеряков И.В. 98	Степанов И.Г. 77
Безрукова В.Г. 81	Моисеев В.В. 61	Сыроевигин А. В. 20
Беляев А. Ф. 14, 58, 77, 79	Мохов Д.Е. 91	Сыромятников А.Е. ... 75
Беляков В. В. 15, 41	Муратова Е.М. 81	Трусов С. В. 29
Беляков Н.А. 91	Найдин В. Л. 57	Тяжелыников А.А. 87
Бобко Я. Н. 32, 49	Небожин А. И. 22	Федин А.И. 47, 48
Болотов Д. А. 16	Некрасова Т. С. 31	Фетисов М.Ю. 75
Васильева Л.Ф. 11, 17, 43, 91	Нефедов А. Ю. 22, 38	Хабиров Ф. А. 13
Гайсин И.К. 52	Никонов С. В. 23	Часнык В.Г. 49
Галлямова А. Ф. 18, 52, 53, 60	Новиков Ю. О. 18, 37, 52, 53, 57, 60	Чеченин А.Г. 68
Гнездилов А. В. 20	Новосельцев С.В. 91	Чеченина И.П. 68
Голикова Р.В. 83	Пеньков Р.П. 49	Чусов А. В. 20
Голубев Е.В. 55	Пироженов А. В. 31	Шаваров А.А. 83
Гуров З. Р. 15, 41	Порхун Н. Ф. 39, 63	Шарапов И. Н. 15, 41
Егорова И.А. 78, 91	Порхун Ф. Н. 39, 63	Шарапов К.В. 100
Елисеев Н. П. 15, 41	Расстригин С. Н. 24	Широков В.А. 74
Загорулько О. И. 20	Рошковский А.Г. 67	Шитиков Т.А. 75, 81
Зотов И.Д. 84	Русина Л.Р. 48	Шкатов И.В. 40, 48
Иванова Т.В. 82	Сангели М.М. 59, 61	Шубин Д. Н. 27, 28
Ивасюк А.И. 75	Сашко Е. Г. 39	Шуляк А.Е. 89
Канаев С. П. 27, 28, 36	Свирида Д. Н. 31	Шумаков Е.А. 82
Карпенко Н.А. 79	Синельникова Е.В. 49	Шумахер Г.И. 82
Коваленко В.С. 94	Ситель А. Б. 6, 10, 15, 16, 25, 27, 28, 44	Юсупов Ш. М. 37, 55
Кузьмин А. Б. 37	Скворцов Д. В. 31, 40, 47, 48	Ярлыкова Л.К. 77
Кузьминов К. О. 27, 28		
Кутузов И. А. 37, 52, 53, 57		
Ласовецкая Л.А. 94		

ПРОФЕССОР

Изабелла Рудольфовна ШМИДТ



Доктор медицинских наук, профессор **Изабелла Рудольфовна Шмидт** - известный ученый, имеющий выдающиеся заслуги в разработке приоритетных направлений теории и практики клинической и фундаментальной неврологии. Она прошла большой путь от курсанта до заведующей кафедрой неврологии Новокузнецкого ГИДУВа. В 1965г. во время прохождения клинической ординатуры она успешно набирает материал для диссертационной работы и в 1967г. защищает кандидатскую диссертацию по теме: «Клиника и патогенетические механизмы поражения позвоночной артерии в связи с шейным остеохондрозом» под руководством профессора Я.Ю.Попелянского. С 1965-1967 гг. И.Р. Шмидт работает ассистентом, а потом и доцентом (1967-1980) кафедры неврологии.

Изабелла Рудольфовна в течение многих лет занимается изучением проблем вертеброневрологии, нейропсихологии, демиелинизирующих и наследственных заболеваний нервной системы, теории и практики реабилитации (восстановительной медицины - мануальной терапии и рефлексотерапии) и профилактики заболеваний нервной системы. Ею изучена популяционная характеристика остеохондроза позвоночника; установлены популяционные и выборочные частоты неврологических проявлений остеохондроза позвоночника; изучены особенности неврологических проявлений остеохондроза позвоночника и их распределение в популяции: локализация, синдромологическая характеристика, тип и характер течения болезни. На основании анализа результатов клинико-генеалогического и генетико-эпидемиологического исследования обоснована мультифакториальная модель происхождения остеохондроза позвоночника и доказана его нозологическая самостоятельность; разработаны критерии для установления степени риска развития неврологических проявлений остеохондроза позвоночника у каждого индивидуума; изучена роль аномального строения позвоночника, моторной неодаренности, конституциональной гипермобильности и ряда других факторов в развитии и проявлении остеохондроза позвоночника; разработаны принципы установления клинико-рентгенологически определяемого патоморфологического субстрата неврологического синдрома остеохондроза позвоночника в динамике развития болезни; разработаны дифференциально-диагностические критерии вертеброгенности экстравертебральных синдромов остеохондроза позвоночника; изучены клиника, патогенетические механизмы, диагностика и дифференциальная диагностика вертеброгенного синдрома позвоночной артерии. Разработана система выбора индивидуальной дифференцированной лечебно-реабилитационной программы; разработана и внедрена система первичной и вторичной профилактики заболеваний нервной системы в рамках пятигрупповой диспансеризации. Изучен клинический полиморфизм ряда наследственных заболеваний нервной системы, в частности эпидемиологическая и клиническая характеристика наследственных невропатий со склонностью к параличам от сдавления.

Во второй половине 80-х годов под руководством проф. О.Г.Когана кафедра начала серьезно заниматься вопросами мануальной терапии и рефлексотерапии. Только благодаря таланту Изабеллы Рудольфовны появились на свет детально разработанные методические рекомендации по мануальной терапии, охватывающие более 600 приемов мануальной диагностики и терапии. С 1990 года кафедра начала интенсивно изучать новое направление в мануальной терапии - прикладную кинезиологию. По всей стране были организованы обучающие семинары с участием иностранных коллег. Изабелла Рудольфовна была не только участником практически всех семинаров, но и детально проработала теоретические основы данного направления, описав его в ряде лекций, которые были опубликованы в нескольких номерах журнала «Мануальная медицина».

В последние 5 лет научный коллектив, руководимый И.Р.Шмидт, активно разрабатывает новое перспективное направление неврологии - изучение полисистемных нозологически неспецифических синдромов регуляторного дисбаланса при различных заболеваниях нервной системы на основе целостного подхода к организму человека. Это биомеханические нарушения, вегетативные дисрегуляторные расстройства, энергетический дисбаланс в канально-меридианальной системе, иммунологические, нейропсихологические и психологические аспекты разных заболеваний нервной системы. Полученные результаты позволяют расширить знания о патофизиологии нервных болезней и разработать новые подходы к их лечению, включающие алгоритмы дифференцированной коррекции адекватными методами: мануальной терапии, рефлексотерапии, фармакотерапии, иммунокоррекции при помощи метода криоплазмасорбции, нейропсихологической реабилитации и психотерапии.

За последние годы И.Р.Шмидт создана научная школа, представители которой заведуют кафедрами рефлексотерапии (д.м.н., проф. В.Ч. Ван), лечебной физкультуры, физиотерапии и курортологии (д.м.н., проф. К.Б. Петров), мануальной терапии, рефлексотерапии и неврологии (д.м.н., проф. А.Г. Чеченин) Новокузнецкого ГИДУВа, гомеопатии и традиционной медицины Алтайского государственного медицинского университета (к.м.н., доцент С.Н. Леонов), отделом реабилитации Научно-клинического центра охраны здоровья шахтеров СО РАМН, г.Ленинск-Кузнецкий (д.м.н. В.П. Михайлов), лабораторией прикладной физиологии Института комплексных проблем гигиены и профзаболеваний

СО РАМН (д.м.н. Флейшман), курсом неврологии и традиционной медицины при кафедре неврологии и нейрохирургии ФУВ РГМУ (д.м.н., проф. Л.Ф. Васильева).

Под руководством профессора И.Р. Шмидт выполнено и защищено 13 кандидатских и 6 докторских диссертаций. Подготовлены к защите еще 3 кандидатские и 3 докторские диссертации. Она является автором 350 публикаций, среди которых 8 монографий. За последние 5 лет из печати вышло 4 монографии, 95 журнальных статей (26 в центральных и зарубежных журналах), 19 учебно-методических пособий. В настоящее время готовятся к изданию еще 2 монографии.

В течение 10 лет И.Р. Шмидт возглавляет наиболее эффективную и плодотворно работающую межинститутскую научную проблемную комиссию «Реабилитация при заболеваниях и повреждениях нервной системы и позвоночника». Активно участвует в работе специализированных диссертационных ученых советов по специальности «нервные болезни» в качестве официального оппонента по кандидатским и докторским диссертациям, а также в качестве представителя ведущего учреждения.

И.Р.Шмидт ведет большую редакционно-издательскую работу, являясь членом редколлегии таких известных журналов, как «Неврология Урала и Сибири», «Мануальная терапия», «Вертеброневрология», «Вестник Евро-Азиатской Академии медицинских наук», 10 лет была главным редактором журнала «Мануальная медицина». В последние годы под ее редакцией вышло два сборника научных трудов. Профессор И.Р. Шмидт многократно выступала на научных форумах регионального, республиканского и международного уровня (в Праге, Севилье, Афинах). Неоднократно выполняла обязанности председателя на самых представительных конференциях, симпозиумах, съездах.

В 1994 г. избрана академиком Евро-Азиатской академии медицинских наук, являющейся Международной общественной организацией, а в 1999 году избрана академиком Российской академии естественных наук.

В течение своей трудовой жизни в качестве сотрудника кафедры неврологии Новокузнецкого ГИДУВа (с 1965 года) И.Р. Шмидт щедро делится с врачами своими знаниями и результатами научных исследований. Она является не только активным и продуктивным ученым, но и прекрасным преподавателем, постоянно осваивающим новые виды педагогической деятельности. Выполняя обязанности заведующей кафедрой, она читает лекции по всем разделам неврологии, по нейропсихологии, по мануальной терапии, теоретическим основам восточной медицины, а также проводит семинарские занятия в виде клинических разборов наиболее сложных больных. 9 ее лекций опубликованы в журналах. Только за последние 5 лет на руководимой ею кафедре обучено более 1500 врачей не только из регионов Западной Сибири, но из других регионов России и стран СНГ, в том числе на выездных циклах общего и тематического усовершенствования в г. Хабаровске, Новосибирске, Кемерово, Абакане, Москве. Кроме того, за этот период обучено 36 клинических ординаторов и 32 интерна по специальности «неврология». И.Р. Шмидт постоянно готовит врачей не только к практической, но и к научно-исследовательской работе. Она является председателем регионального Новокузнецкого научно-практического общества неврологов, членом правления Российского общества неврологов, членом совета Российской ассоциации мануальных терапевтов, вице-президентом Российской ассоциации прикладных кинезиологов. Является автором 42-х учебных, методических и учебно-методических пособий, которые охотно используются в практической работе врачами из самых разных городов и сел страны.

Научные исследования профессора И.Р. Шмидт широко внедряются в практику лечебных учреждений разного уровня. Результаты ее научных исследований трижды экспонировались на ВДНХ СССР и были отмечены Серебряной и Бронзовой медалями. 7 ее разработок подтверждены Патентами Российской Федерации. И.Р. Шмидт дважды участвовала в конкурсе на Государственную премию Российской Федерации в области науки и техники, куда был представлен труд коллектива авторов: «Диагностика и нейрохирургическое лечение заболеваний и повреждений позвоночника и спинного мозга».

Профессор И.Р. Шмидт не только прекрасный педагог, но и высококвалифицированный врач-невролог, пользующийся глубоким уважением коллег и многочисленных пациентов. Она проводит консультации и клинические разборы самых сложных в диагностическом и лечебном отношении больных. К ней обращаются за помощью не только пациенты из Новокузнецка, но и из других городов и регионов России, ближнего и дальнего зарубежья. И.Р.Шмидт неоднократно награждалась Почетными грамотами и благодарственными письмами администрации Кемеровской области, Департамента науки и высшей школы, администрации Кемеровской области, Управления здравоохранения администрации города Новокузнецка, Межрегиональной ассоциации «Здравоохранение Сибири» за большой вклад в дело обучения дипломированных специалистов, совершенствование и развитие науки и практического здравоохранения Кузбасса.

И.Р.Шмидт награждена медалью «Ветеран труда».

Изабелла Рудольфовна является человеком удивительной душевной щедрости и терпимости к окружающим. Все, к чему бы ни прикасались ее руки, освящено любовью и теплом её сердца. Для многих Изабелла Рудольфовна является примером беззаветной преданности своему делу, человеком, умеющим ценить своих учителей и коллег. Многие ее ученики называют её самым дорогим для каждого человека словом «мама».

Многочисленные пациенты, ученики и коллеги поздравляют Изабеллу Рудольфовну с юбилеем и желают ей вдохновения и энергии на её нелегком, но столь благородном пути.

Редколлегия журнала «Мануальная терапия», отмечая вклад И.Р. Шмидт в становление журнала, присоединяется к добрым пожеланиям творческих успехов, энергии и оптимизма.