

нормированных значений для желудка и его лимфатического узла. Фитокоррекция приводит к изначально более высоким показателям в лимфатическом узле, что усиливает компенсаторно-приспособительные процессы и факторы защиты желудка с восстановлением размерности компартментов и клеточно-го состава желез слизистой оболочки. От состояния лимфатической системы в конечном итоге зависит более быстрое восстановление целостности слизистой оболочки желудка после язвы. Научно обоснована активная роль лимфатического звена в патогенезе и саногенезе эрозивно-язвенной патологии желудка. Следует признать, что стратегией повышения капитала здоровья может быть лимфология в приложении ее методологических и практических достижений к восстановительной медицине.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А., Шипилова О.С. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях // *Consilium Medicum* (приложение «Хирургия»), 2003. - № 2. - С. 16-19.
2. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. - М.: Триада-Х, 1998. - 496 с.
3. Левин Ю.М. Основы общеклинической лимфологии и эндозологии. Практическому врачу новые идеи и технологии доказательной медицины. - М.: ОАО «Щербинская типография», 2003. - 464 с.
4. Белостоцкий Н.И., Амиров Н.Ш., Астафьева О.В. Изменение гормональной регуляции при экспериментальной адреналиновой язве желудка // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 2002. - № 5. - С. 110-112.
5. Автандилов Г.Г. Проблемы патогенеза и патологоанатомической диагностики болезней в аспектах морфометрии. - М.: Медицина, 1984. - 288 с.
6. Мозговой С.И., Кононов А.В. Эрадикация *Helicobacter pylori*: возможность обратного развития атрофии слизистой оболочки желудка и персистенция воспалительного инфильтрата // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 2004. - № 1. - С. 101-113.
7. Ruiz B., Garay J. Morphometric evaluation of gastric antral atrophy: improvement after of *Helicobacter pylori* // *AJG*, 2001. - Vol.96. - № 12. - P. 3281-3287.
8. Card W.I. The relation between the acid output of the stomach following "maximal" histamine stimulation and the parietal cell mass // *Clin. Sci.*, 1960. - Vol.9 - No 1. - P. 147-163.
9. Златев С.П., Димитров И.Д. Анализ и оценка иммунного статуса при помощи матричного статистического метода // *Иммунология*, 1991. - № 2. - С. 46-49.

10. Бородин Ю.И. Регионарный лимфатический дренаж и лимфодетоксикация // *Морфология*, 2005. - Т. 128. - № 4. - С. 25-28.
11. Горчаков В.Н., Саранчина Э.Б., Анохина Е.Д. Фитолимонотрициология // *Научно-практический журнал «Практическая фитотерапия»*, 2002. - № 2. - С. 6-9.
12. Корсун В.Ф., Корсун Е.В. Энциклопедия фитотерапии. Травы жизни профессора Корсуна. - М.: ЗАО Центрополиграф, 2007. - 443 с.
13. Селье Г. (Selye G.) Очерки об адаптационном синдроме. Перевод с англ. - М.: Медгиз, 1960. - 207 с.
14. Филимонов Р.М. Гастродуоденальная патология и проблемы восстановительного лечения. - М.: Медицинское информационное агентство, 2005. - 392 с.
15. Могильная Г.М., Могильная В.Л. Гастроинтестинальный защитный барьер // *Морфология*, 2007. - Том. 132. - № 6. - С. 9-16.
16. Самсонов В.А. Язвенная болезнь. Новые материалы к патоморфологии осложненных ее форм. - Петрозаводск: Карелия, 1975. - 261 с.
17. Хаитов Р.М., Пенегин Б.В. Современные представления об особенностях организации и функционирования иммунной системы желудочно-кишечного тракта // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.*, 1997. - № 2. - С. 3-16.
18. Журавская Н.С., Калинин А.В., Шакирова О.В. Проблемы медицинской реабилитации больных хронической обструктивной болезнью легких. - Владивосток: Изд-во Дальневосточного ун-та, 2006. - 220 с.

РЕЗЮМЕ

В работе установлена активная роль лимфатической системы в патогенезе и саногенезе эрозивно-язвенной патологии желудка. При развитии язвенного процесса в желудке синхронно происходит реорганизация структуры лимфатического узла, выражающаяся первоначально относительно «делимфатизацией» коркового вещества с постепенным восстановлением размерности структурно-функциональных зон к концу исследования. Фитотерапия, проявляя лимфотропные свойства, обеспечивает изначально высокие показатели морфофункционального статуса лимфатического узла, что способствует быстрой реституции органа. Полученные результаты служат научным обоснованием целесообразности лимфотропной фитореабилитации при эрозивно-язвенной патологии желудка.

ABSTRACT

Institute of clinical and experimental lymphology of SB RAMS, Novosibirsk

In work is established the active role of lymphatic system in pathogenesis and sanogenesis of an ulcer pathology of a stomach. At development of ulcer process in a stomach synchronously there is a reorganization of structure of the lymph node, expressed originally relative «delymphatisation» a cortex substances to gradual restoration of dimension of structurally functional zones by the end of research. A phytotherapy has lymphotropic properties. A phytotherapy provides initially high parameters the morphofunctional status of a lymph node that promotes fast restitution an organ. The received results are a basis for a scientific substantiation of expediency lymphotropic phytotherapy at an ulcer pathology of a stomach.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНОГО ЭФФЕКТА АППАРАТА МСУ И КЛАССИЧЕСКОЙ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕФЛЕКТОРНЫМИ СИНДРОМАМИ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

СОРОКА А.В., НАДЕЖДИНА М.В., СТОЛЯРОВ И.А., ХИЖЕНОК В.А.
Санаторий-профилакторий ООО «Газпром Трансгаз Югорск»

АННОТАЦИЯ

В данной статье проводится анализ результатов монотерапии в трех, сопоставимых по клиническим проявлениям и возрасту, группах (по 20 человек) больных – мужчин с мышечно-тоническим синдромом II степени вертеброгенного генеза. Монотерапия в виде иглорефлексотерапии (I группа), новый метод лечения на аппарате МСУ (II группа) и аэробные упражнения (III – контрольная группа).

Ключевые слова: шейный остеохондроз, аппарат МСУ, иглорефлексотерапия.

ВВЕДЕНИЕ

Основную, наиболее многочисленную группу больных с неврологическими проявлениями шейного остеохондроза составляют больные с рефлекторными синдромами: цервикалгией; цервикокраниалгией (задний шейный симпатический синдром); цервикобрахиалгией с мышечно-тоническими, вегетативно-сосудистыми, нейродистрофическими проявлениями (плечелопаточный периартроз, синдром плечо-кость, эпикондилез) [1, 2].

В рациональном использовании рефлексотерапии важно знание болевых зон и триггерных пунктов

при патологии шейного отдела. Воздействие на данные зоны акупunkturой, массажем, электроакупunkturой, введением местных анестетиков является одним из наиболее эффективных методов лечения [2].

В основе лечебного действия аппарата MCU лежит индивидуализированное наращивание силы мышц шеи и воздействие по принципу мягких методик мануальной терапии, включающих в свою задачу уменьшение или устранение патологического мышечного напряжения. Нормализация тонуса мышц во многом определяет и саногенез трофических нарушений [3]. В ходе рандомизированных исследований установлено, что увеличение силы и выносливости мышц шеи (активные тренировки мышц шеи в лечении хронической боли в шее у женщин), уменьшает боль и повышает работоспособность, при этом тренировки продолжались в течение 1 года, не реже двух раз в неделю [4]. Важное практическое наблюдение состояло в том, что аэробные упражнения и упражнения на растяжку были значительно менее эффективными, чем силовые. Отмечена высокая эффективность лечения на аппарате MCU при хлыстовых травмах шеи и различных травматических повреждениях позвоночника в реабилитационный период [5, 6].

ЗАДАЧА ИССЛЕДОВАНИЯ, ОБЗОР МЕТОДОВ И МАТЕРИАЛА

Цель работы – сравнить эффективность лечебных методик аппарата MCU и классической рефлексотерапии у больных шейным остеохондрозом с клиническими проявлениями мышечно-тонического синдрома II степени.

На базе санатория-профилактория ООО «ГТЮ» обследовано 60 пациентов мужчин в возрасте от 28 до 48 лет (средний возраст $36,5 \pm 7,5$ лет), все пациенты трудоспособного возраста. Диагноз базировался на данных анамнеза, клинического, неврологического, рентгенографического и электрофизиологического обследования на аппарате MCU. Критерием отбора была боль в шейно-воротниковой и/или шейно-затылочной области вертеброгенного генеза. Болевой синдром усиливался при выполнении физических нагрузок и практически у всех больных провоцировался повышенным статическим либо динамическим перенапряжением, физической нагрузкой в условиях низкой температуры воздуха (вождение машины, работа за компьютером, строительномонтажная работа, ношение или поднятие тяжести др.). Продолжительность заболевания составляла в среднем $7 \pm 2,5$ лет. У большинства больных имели место периодические непродолжительные (от 2 до 7 дней, в среднем – $4,2 \pm 2,8$ дня) боли в шейном отделе позвоночника (ранее купированные применением миорелаксантов, втиранием мази, ограничением физических и статических нагрузок). Средняя продолжительность болевого синдрома составила $18,5 \pm 6,3$ дней.

В неврологическом статусе у всех пациентов определялась болезненность при пальпации остистых отростков, паравerteбральных точек шейного отдела позвоночника и выраженное мышечное напряжение. В 40 случаях выявлялась легкая асимметрия мышечного напряжения с преобладанием справа (24), слева (16 случаев), в 13 случаях наблюдался умеренный сколиоз. У 32 больных наблюдалось ог-

раничение движения при наклонах и поворотах головы. Чувствительных и двигательных выпадений, симптомов натяжения, корешковых синдромов выявлено не было. У 30 (50%) пациентов преобладал синдром цервикалгии, у 15 (25%) пациентов – цервикокраниалгии, у 15 (25%) – сочетание этих синдромов.

Проведенная рентгенография выявила начальные признаки остеохондроза в сегментах C_4-C_7 у 51, остеохондроз 1-2 стадии – у 9 пациентов. Аномалии развития краниовертебрального перехода выявлены у 5 пациентов (аномалия Кимерле – у 3, аплазия задней дуги атланта – у 1, нарушение стабильности краниовертебральной зоны – у 1), сращение позвонков C_3-C_4 имело место в 1 случае. Спондилоартроз артроз унковертебральных суставов наблюдался у 7 больных. Спондилез передней продольной связки – у 5 пациентов.

Объективизация тяжести, локализации и динамика болевого синдрома производились по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 0 (боли нет), умеренно выраженного (1-3 см), выраженного (4-6 см) до сильного (7-9 см) и нестерпимого болевого синдрома (10 см), методом тензиалгометрии, проводимой аппаратом MCU и на основании неврологического исследования. Также применялся опросник боли (ОБ) Роланда-Морриса в модификации Н. Vernon, J. Mior (1989)[7]. Полученные по 10 пунктам опроса баллы суммировались, максимальное число баллов равно 50. Оценка результатов проводилась по следующей схеме: 0-4 балла – нет нарушений; 5-14 – легкие нарушения; 15-24 – умеренные нарушения; 25-34 – тяжелые нарушения трудоспособности; более 34 баллов – функция нарушена полностью.

При мышечно-тонических синдромах определялся индекс мышечного синдрома (ИМС) по формуле: $ИМС = ВСБ + Т + Б + ПБ + СИ$. ВСБ – выраженность спонтанных болей (1 балл – в покое боли нет, появляется при нагрузке; 2 балла – незначительная боль в покое, усиливаются при движении; 3 балла – боли в покое, нарушается сон, вынужденная поза). Т – тонус мышц (1 балл – палец несложно погружается в мышцу; 2 балла – для погружения нужно определенное усилие; 3 балла – мышца каменной плотности). Б – болезненность мышцы (1 балл – при пальпации болевой говорит о наличии боли; 2 балла – ответ на пальпацию мимической реакцией; 3 балла – ответ общей двигательной реакцией). ПБ – продолжительность болезненности (1 балл – болезненность прекращается сразу; 2 балла – продолжается до 1 минуты; 3 балла – продолжается более 1 минуты). СИ – степень иррадиации болей при пальпации (1 балл – болезненность локализуется на месте пальпации; 2 балла – болезненность распространяется на рядом расположенные ткани; 3 балла – болезненность распространяется на отдаленные области). Степень тяжести мышечно-тонического синдрома определяется как I (или легкая) при ИМС до 5 баллов, II (или средняя) при ИМС от 5 до 12 баллов и III (или тяжелая) степень тяжести при ИМС более 12 баллов [8].

Методика обследования аппаратом MCU обеспечивает прикрепление к голове обруча, фиксирующего голову так, чтобы движение осуществлялось только в одном направлении. С помощью силового теста, определяемого при наклоне головы вперед, назад, влево и вправо, измеряется сила мышц с точностью до 100 граммов. Определяется активная под-

вижность шеи в градусах с отображением на мониторе компьютера, что позволяет сравнивать углы поворота и наклона в разные стороны. Измерение углов подвижности и силы производится трижды, обрабатывается компьютерной программой, что исключает возможность некорректной записи и симуляции симптомов пациентом. На экран выводится изображение проблемных групп мышц у каждого конкретного пациента. Метод позволяет точно определить снижение силы и асимметрию в симметричных мышцах, тем самым косвенно выявить спазмированную группу мышц шеи. С учетом измененных показателей проводятся индивидуальные силовые нагрузки на соответствующие группы мышц шеи, осуществляется адекватное наращивание нагрузки, обеспечивающее тем самым нарастание силы мышц в процессе лечения. Полученные у больных с МСУ показатели силы мышц сравнивались с аналогичными показателями у этих же больных в динамике после лечения. Лечебная коррекция аппаратом МСУ в виде монотерапии проводилась через день в течение 3 недель. Количество процедур варьировало в соответствии с регрессом болевого синдрома и данных тензиалгометрии, полученных аппаратом МСУ. Измерялся средний порог болевой чувствительности в местных альгогенных зонах у здоровых мужчин контрольной группы и обследуемых больных. Средние показатели порога болевой чувствительности у здоровых составили 2,5 кг/см².

Для иглорефлексотерапии применялись одноразовые, стерильные иглы из медицинской стали. Используемые размеры были 13 мм х 0,25 мм; 25 мм х 0,25 мм; и 40 мм х 0,25 мм. Выбор точки был основан на индивидуализированных методах иглоукалывания при использовании списка точек, являющихся эффективными при боли в области шеи по I (VG 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29; V62, 61, 59, VB29, IG10; TR15, GI15, 16, E1, 3, 4, VB20) и II (VB63, VB35, IG10, TR15, VB21, VG15, 16, VB20, VB19, VB18, VB17, VB16, E8, VB11, VB13, VB15, VB26, VB27, VB28, VB41, TR5) парам чудесных меридианов. Ах-shi точки для каждого пациента были определены на каждой процедуре лечения с учетом локализации боли. Местоположение точки и глубина укола соответствовали описанным методикам, предложенным Д.М. Табеевой [9]. Процедуры проводились ежедневно, общее количество составило 15.

Все пациенты распределены на 3 сопоставимые по характеру клинических проявлений и возрасту группы, по 20 мужчин каждая. Применялась только одна лечебная методика (монотерапия). I группа пациентов получала иглорефлексотерапию, II – лечение на аппарате МСУ и III (контрольная) – ЛФК на мышцы шеи в течение 20 минут через день в течение 3 недель.

При обследовании соблюдался стандартизованный, разработанный нами протокол, который предусматривал проведение неврологического, расчет ИМС и заполнение опросника боли(ОБ), тензиалгометрического, диагностического исследования силы и подвижности мышц шеи двукратно, до и после лечения (в первый день обращения и через 3 недели после лечения). Динамика болевого синдрома по ВАШ производилась на 1, 5, 10, 21 дни в процессе лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

У больных с мышечно-тоническим синдромом II степени по ВАШ наиболее быстрый регресс болевого синдрома наблюдался у всех пациентов в I группе больных, у которых он купировался на 15-й день лечения ($p < 0,001$) (рис. 1).

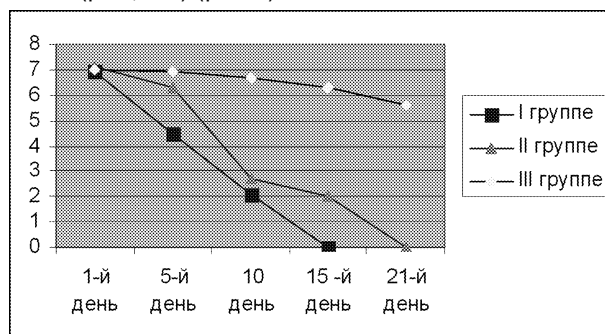


Рис. 1. Динамика средних показателей болевого синдрома по ВАШ с мышечно-тоническим синдромом II степени.

Объективизация отсутствия болевого синдрома была произведена у этих больных также на основании тензиалгометрии и по ОБ.

В то же время во второй группе пациентов к 15 дню лечения по ВАШ у 2-х пациентов сохранялся легкий болевой синдром на 2 см ($p < 0,01$), а по ОБ – легкие нарушения трудоспособности. По данным тензиалгометрии, показатели порога болевой чувствительности у всех пациентов были в пределах нормы. Динамика средних показателей силы у больных II группы нарастала в процессе лечения (рис. 2, 3) и была достоверна у всех пациентов при наклонах вперед, влево, вправо ($p < 0,05$).

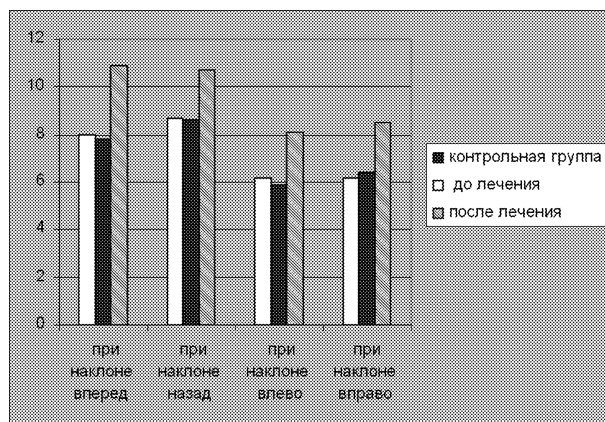


Рис. 2. Динамика средних показателей силы (кг) у больных до и после лечения.

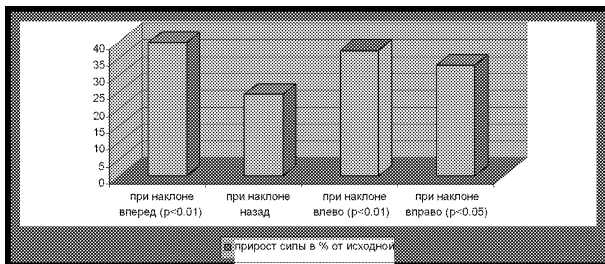


Рис. 3.

Увеличение средних показателей силы при наклоне назад было недостоверным, поскольку исход-

ные нарушения были минимальными. Вместе с регрессом болевого синдрома выросла подвижность в шейном отделе позвоночника и к 21-му дню не отличалась от нормальных показателей (рис. 4).

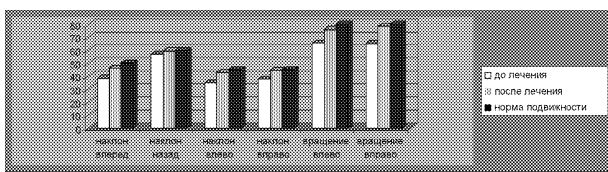


Рис. 4. Динамика подвижности шеи в градусах у пациентов 2-й группы.

В контрольной группе по шкале ВАШ средние показатели боли в шее уменьшились на 20% от исходного уровня. У всех пациентов, по данным тензиалгометрии, порог болевой чувствительности не изменился или изменился незначительно, а по данным ОБ, сохранялись нарушения трудоспособности.

Таким образом, быстрый и максимальный регресс болевого синдрома имел место у больных первой группы к 15 дню лечения. Однако сила мышц, определяемая аппаратом MCU, была по-прежнему снижена и не отличалась от значений показателей в контрольной группе. Проводимая методика лечения на аппарате MCU давала полный регресс болевого синдрома с нарастанием мышечной силы у больных II группы к 21 дню лечения. При этом формировался и закреплялся адекватный мышечный стереотип, который в дальнейшем больные могли самостоятельно применять и совершенствовать. В то же время в контрольной группе болевой синдром сохранялся, а по ОБ отмечалось ограничение трудоспособности.

Сила мышц, определяемая аппаратом MCU, – адекватный, но косвенный показатель выраженности болевого и мышечно-тонического синдромов, а значит и эффективности лечения, поскольку с регрессом этих синдромов определяется истинная сила мышц. Исчезновение асимметрии в мышцах после лечебных процедур аппаратом MCU происходит вследствие выравнивания силы в симметричных мышцах и мышцах-антагонистах, что свидетельствует о расслаблении напряженной группы мышц и формировании правильного мышечного стереотипа движения. Контролируемое, многократное выполнение правильных двигательных актов приводит, прежде всего, к нормализации восходящих проприоцептивных потоков и их соотношений. Иными словами, здесь задействован и принцип лечебной гимнастики, заключающийся в разрушении устойчивых патологических связей и создании на фоне перестройки центральных механизмов двигательной регуляции новой системы связей, приближающихся к норме [10].

Наши данные созвучны другим, проводимым ранее исследованиям. Так, эффективность изометрического тренинга (противодействие прикладываемой силе) мышц шеи показала, что физические упражнения, проводимые циклами по 12 дней с интервалом 1 месяц в течение года, при длительности упражнений 45 минут, способствовали регрессу болевого синдрома у 59-73% пациентов, с достоверным увеличением силы мышц и амплитуды движений. При этом тип упражнений, частота занятий и продолжительность их являются ключевыми факторами тренинга [11].

Акупунктура, на взгляд ряда отечественных авторов [9, 12], является методом, прерывающим патологические звенья, ведущие к патологии мышечной системы, и поэтому она является патогенетической терапией.

Акупунктура может быть использована как без сочетания, так и в сочетании с мануальной терапией и миофасциотомией. На основании проведенного исследования считаем целесообразным сочетание ИРТ при отсутствии противопоказаний для ее проведения с методикой лечебного воздействия MCU. Это обеспечивает быстрое купирование болевого синдрома и более продолжительный лечебный эффект. Такое многостороннее воздействие на нейромоторную систему мышц, нормализуя проприоцептивную импульсацию, устанавливает физиологическое соотношение между проприоцептивной и экстероцептивной импульсацией, восстанавливает механизмы торможения, реализующиеся на сегментарном и супрасегментарном уровнях, оказывает анальгетическое и релаксирующее действие. [3].

ВЫВОДЫ

1. У больных с ИМС II степени вертеброгенного генеза ИРТ обеспечивает купирование болевого синдрома к концу 2-й недели.

2. Методика лечения на аппарате MCU у больных ИМС II степени вертеброгенного генеза обеспечивает полный регресс болевого синдрома к 3-й неделе с достоверным наращиванием силы мышц и восстановлением подвижности в шейном отделе позвоночника.

3. Методика лечения на аппарате MCU у больных ИМС II степени вертеброгенного генеза обеспечивает формирование адекватного двигательного стереотипа в мышцах шеи, способствует более продолжительному сохранению лечебного эффекта и профилактике мышечно-тонических синдромов.

4. Целесообразно комбинированное лечение мышечно-тонических синдромов у больных шейным остеохондрозом с применением ИРТ и методики лечения на аппарате MCU.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попелянский Я.Ю., Веселовский В.П., Попелянский А.Я., Третьяков В.П., Подольская М.А. Миофиксации в пато- и саногенезе поясничного остеохондроза // Невропатология и психиатрия, 1984. – №. 4. – С. 502 – 507.
2. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология // Казань, – 1997, 2 тома, с. 254. 1 том.
3. Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника // Казань, 2003. С. 49, 52, 341, 409.
4. Ylinen J., Takala E., Nykanen M. et al. Active neck muscle training in the treatment of chronic neck pain in women. // The Journal of the American Medical Association. – 2003, P. 289.
5. Bunketorp L., Nordholm L., Carlsson J. A descriptive analysis of disorders in patients 17 years following motor vehicle accidents. // European Spine Journal, 2003. 11(3) P. 227-234.
6. Bamsley L., Lord S., Bogduk N. Whiplash injury. Pain. // 1994, P. 58, 283-307.
7. Vernon H., Mior S. The Neck Disability Index: A study of reliability and validity. // Journal of Manipulative Physiology and Therapy. – 1991, Vol/ 14/ – P. 409-415.
8. С.П. Маркин, Лечение больных с неврологическими проявлениями остеохондроза. – Методические рекомендации // Медпрактика –М.– Москва, 2005. С. 22-27.
9. Табеева Д.М. Практическое руководство по рефлексотерапии // Казань, 2004. – С. 122.
10. Микусев Ю.Е. Лечебная физкультура в реабилитации неврологических больных // Неврологический вестник. – 1996. – Т. XXVIII, вып. 1-2. – С. 31-33.

11. Burnett A. Naumann F. Price R. Sanders R. A comparison of training methods to increase neck muscle strength. Work. – 2005. – vol. 25(3). – P. 205-210.

12. Иванчев Г.А. Фибромиалгический синдром (миогенный триггерный пункт) //Казань, 2004. – С.139.

РЕЗЮМЕ

Основной задачей нашего клинического исследования были следующие задачи: проанализировать и сравнить эффективность применения нового аппарата для реабилитации пациентов с хронической болью в шее с классической рефлексотерапией, и как контрольная группа были взяты пациенты, получавшие только аэробные упражнения. У больных с ИМС II степени вертеброгенного генеза иглорефлексотерапия обеспечивает купирование болевого синдрома к концу 2-й недели. Методика лечения на аппарате MCU у больных ИМС II степени вертеброгенного генеза обеспечивает полный регресс болевого синдрома к 3-й неделе с достоверным наращиванием силы мышц и восстановлением подвижности в шейном отделе позвоночника. В контрольной группе по шкале ВАШ средние показатели боли в шее уменьшились недостоверно. У всех пациентов, по данным тензиалгометрии, порог болевой чувствительности не изменился или изменился незначительно, а по данным ОБ, сохранялись нарушения трудоспособности.

Abstract-a basis of our clinical research became following problems: to analyse and compare efficiency of application of the new device for rehabilitation of patients to a chronic pain in a neck with classical reflexotherapy and as control group, patients aerobic exercises received only have been taken. At patients with IMS II degrees acupuncture provides a cupping of a painful syndrome to the end of 2-nd week. The technique of treatment on apparatus MCU at patients IMS of II degree provides full retrogress of a painful syndrome to 3-rd week with authentic escalating force of muscles and restoration of mobility in a cervical department of a backbone. In control group on a scale VAS average indices of a pain in a neck have decreased not authentically. All patients according to measurement hurt a threshold of painful sensitivity has not changed or has changed slightly, and according to OB disturbances of a working capacity were kept.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГОНАРТРОЗА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

КАРКАВИНА А.Н., КУЛИШОВА Т.В., КОЖАНОВА Т.Б., ДОРОВСКИХ Н.В.

ГОУ высшего профессионального образования «Алтайский государственный медицинский университет
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ», г. Барнаул, Россия

МУЗ «Городская поликлиника № 11», г. Барнаула, Россия

МУЗ «Городская больница № 4», г. Барнаул, Россия

АННОТАЦИЯ

Представлены результаты исследования эффективности комплексного лечения гонартроза (ГА) у пациентов пожилого возраста путем использования общей магнитотерапии. Обследовано и пролечено 152 пациента в возрасте 60-75 лет с ГА I-II стадии. В зависимости от метода лечения пациенты были разделены на три группы. Основную группу составили пациенты, получавшие консервативный комплекс лечения, включающий диетотерапию, медикаментозную терапию, лечебную физкультуру и общую магнитотерапию (ОМТ).

Показано, что общая магнитотерапия снижает выраженность суставного синдрома, улучшает показатели периферической гемодинамики, повышает качество жизни, что подтверждается положительной динамикой субъективных признаков и объективных параметров.

Ключевые слова: гонартроз, общая магнитотерапия, пожилой возраст, эффективность.

ВВЕДЕНИЕ

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани рассматриваются во всем мире как одна из наиболее распространенных патологий современного общества. В связи с этим важной медицинской, социальной и экономической проблемой остается успешное лечение и реабилитация больных остеоартрозом (ОА).

Частота заболевания крупных суставов среди населения достаточно высока и не имеет тенденции к снижению. Распространенность ОА коррелирует с возрастом, у лиц старше 50 лет она составляет 60%, а в возрасте старше 80 лет достигает 90% [7, 9]. Од-

ной из наиболее частых локализаций ОА являются коленные суставы (гонартроз), по различным данным, патология выявлена у 24,7-67,7%. Об актуальности проблемы свидетельствует провозглашение по инициативе ВОЗ первого десятилетия XXI века «Десятилетием борьбы с заболеваниями суставов» [10].

Основная цель лечения гонартроза (ГА) заключается в уменьшении боли, снижении функциональной недостаточности суставов, ограничении прогрессирования заболевания и, в конечном счете, улучшении качества жизни больных [15].

Лечение больных пожилого возраста сопряжено со многими трудностями. Не всегда может быть реализована рациональная фармакотерапия, так как пациенты пожилого возраста имеют в среднем от трех до пяти заболеваний, в связи с этим полифармация неизбежна. Возрастает риск осложнений при применении противовоспалительных и анальгетических средств, а наличие сопутствующих заболеваний со снижением функции внутренних органов делает необходимым осторожный подбор эффективных и максимально безопасных доз лекарственных средств, а иногда требует изменений в терапевтической тактике [2, 4]. Медикаментозная терапия ГА у пожилых больных существенно ограничена, ввиду развития побочных реакций, в некоторых случаях приводящих к тяжелым осложнениям [5, 11]. Известные на сегодняшний день методы консервативного лечения гонартроза желаемого успеха не приносят и включают хондрозамещающие и хондропротекторные, нестероидные противовоспалительные, анальгетические препараты. Более обширны возможности у физических факторов, особенно в ре-