

вой «поток – объем» и повышением исходно нормальных показателей бронхиальной проходимости до величин, полученных у здоровых детей. Сравнительный анализ показал достоверно значимые благоприятные сдвиги показателей функции внешнего дыхания под влиянием галотерапии у детей с начальными и остаточными признаками ОРЗ, обострением хронических заболеваний ЛОР-органов.

Разработаны дифференцированные схемы галотерапии в зависимости от исходного состояния ребенка. С профилактической целью рекомендовано проведение курсов галотерапии часто болеющим детям в неблагоприятный сезон, характеризующийся ростом заболеваемости ОРЗ (весенний, осенний). При начальных проявлениях острого респираторного заболевания с лечебной целью обосновано проведение курса из 10 ежедневных процедур для улучшения бронхиальной проходимости.

#### **ВЫВОДЫ:**

1. Галотерапия, проводимая в условиях школьного галокабинета является методом выбора в профилактике ОРЗ у детей с частыми респираторными заболеваниями.

2. Курсовое воздействие сухого галоаэрозоля у детей с частыми респираторными заболеваниями способствует нормализации сниженных значений кривой «поток – объем» и повышению исходно нормальных показателей бронхиальной проходимости до величин, полученных у здоровых детей.

3. При начальных и остаточных признаках острого респираторного заболевания, обострениях хронических заболеваний ЛОР-органов отмечены достоверные положительные сдвиги под влиянием галотерапии большинства скоростных и объемных показателей функции внешнего дыхания. Таким детям галотерапия показана с лечебной целью и может проводиться в образовательных учреждениях в условиях галокабинетов от аппарата АСА – 01,3 с концентрацией сухого аэрозоля хлорида натрия 3-4 мг/м<sup>3</sup> в течение 30 мин; 10 ежедневных процедур.

4. С профилактической целью галотерапия проводится детям с частыми острыми респираторными заболеваниями от аппарата АСА – 01,3 3 раза в не-

делю в течение 2-3 недель (6-8 процедур на курс) в период эпидемических вспышек ОРЗ (обычно осенне-весенний сезон года).

#### **Список литературы:**

1. Баранов А.А. // Рос. пед. журнал. – 1998. – № 1. – С. 5-9.
2. Раппорт И.К. // 8-й Конгресс педиатров России. – М., 2003. – С. 297
3. Кучма В.Р. Дети в мегаполисе: некоторые гигиенические проблемы. – Москва, 2002.
4. Шарапова О.В. // Педиатрия, 2006. – № 3. – С. 4-6.
5. Баранов А. А. // Педиатрия, 2003. – № 5. – С. 1-4.
6. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Кашаев И.А., Огнева М.Л. Часто болеющие дети. – Нижний Новгород, 2003.
7. Коровина Н. А., Чебуркин А. В., Заплатников А. Л., Захарова И.Н. Иммунокорректирующая терапия часто и длительно болеющих детей. – Москва, 1998
8. Г.А. Самсыгина // Педиатрия, 2005 – № 1. – С. 66-73.
9. Переверзева Н.Ю. Флюометрические изменения при бронхиальной астме у детей по данным кривой «поток-объем» – Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. – М., 1990. – 25 с.

#### **РЕЗЮМЕ**

Целью исследования явилась оценка влияния галотерапии, проводимой в условиях галокабинетов на показатели функции внешнего дыхания у детей с частыми острыми респираторными заболеваниями. Школьникам, вошедшим в основную группу, проводился курс галотерапии с лечебной целью при начальных либо остаточных признаках ОРЗ, детям, исходно не имевшим симптомов ОРЗ, был проведен профилактический курс галотерапии. Пациенты из группы сравнения не получали воздействия галоаэрозоля. Было выявлено благоприятное влияние галотерапии, характеризующееся нормализацией сниженных значений кривой «поток – объем» и повышением исходно нормальных показателей бронхиальной проходимости до величин, полученных у здоровых детей. Сравнительный анализ показал достоверно более значимые благоприятные сдвиги показателей ФВД под влиянием галотерапии у детей с начальными и остаточными признаками ОРЗ. На основании проведенного исследования разработаны дифференцированные схемы галотерапии в зависимости от исходного состояния ребенка.

#### **ABSTRACT**

The aim of the study was to prove the influence of halo-therapy, conducted in halotherapy rooms, on external respiration function among children with acute respiratory disease. Children In experimental group (with ARD symptoms) received course of halotherapy and those children, who did not have initially ARD symptoms received phylactic halotreatment. Children in control group did not receive any halo-spray impact. The study have elicit the favorable effect of Halotherapy, characterized by normalization of the reduced meanings of the “flow-volume” curve and extension of the initially normal indexes of bronchial airway to the rates, typical for healthy children. The comparative analysis has elicit significantly productive shift of external respiration function indexes. On a base of the study differentiate models of halotherapy, according to a child initial health status, were constructed.

---

## **ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРОПУНКТУРЫ И КВЧ-ПУНКТУРЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

*ЕСАУЛЕНКО И.Э, д.м.н., проф., ректор, НИКИТИН А.В., д.м.н., проф., ШАТАЛОВА О.Л. к.м.н., асс.  
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко  
E-mail: olh80@list.ru*

#### **АННОТАЦИЯ**

В статье дана оценка эффективности лазеропунктуры и КВЧ-пунктуры для купирования приступов больных смешанной формой бронхиальной астмы в разные возрастные периоды. Представлена специальная схема лечения больных в молодом и пожилом возрасте с разной степенью тяжести заболевания по точкам акупунктуры с применением ЛП и широкополосной КВЧ терапии.

**Ключевые слова:** смешанная форма бронхиальной астмы (СФБА), биологически активная точка

(БАТ), миллиметровое электромагнитное излучение (ММ ЭМИ), лазеропунктура (ЛП).

#### **ВВЕДЕНИЕ**

Бронхиальная астма (БА) остается одним из самых тяжелых заболеваний бронхолегочной системы. По данным Европейского сообщества пульмонологов, распространенность БА в России, как и в большинстве стран Европы, составляет 5–8% среди общей популяции, причем 20% из них страдают тяжелыми формами этого заболевания [1]. В течение последних десятилетий во всем мире сохраняется

тенденция к увеличению заболеваемости и смертности от БА [2, 3, 4]. В настоящее время и в нашей стране, и за рубежом актуален поиск патогенетических механизмов немедикаментозного лечения больных бронхиальной астмой [5].

Среди них немаловажное значение имеют методы физической терапии, а именно лазеропунктура (ЛП) и КВЧ-пунктура, являющаяся одним из способов купирования приступов удушья. В ЛП используется электромагнитное излучение (ЭМИ) оптического диапазона, длина волны 0,89 мкм, проникающее через неповрежденную кожу на глубину до 5-6 см.

КВЧ-пунктура – это вариант КВЧ-терапии, при которой используется низкоинтенсивное (0,01-0,8 мкВт) широкополосное шумовое ЭМИ (30-325 ГГц) миллиметрового диапазона, которое поглощается кожей на глубине менее 1 мм [6, 7].

Организм больного выбирает из набора частот наиболее значимые, способные корректировать имеющиеся нарушения [8].

Любая болезнь – это дисбаланс в электромагнитном поле нашего организма, который можно полностью устранить с помощью точно направленного, слабого и абсолютно безвредного воздействия ЛП или КВЧ-пунктуры [9,10].

Большую роль в возникновении приступов удушья играют нервно-рефлекторные механизмы, от ослабления или стимуляции которых зависит тяжесть и частота приступов [11].

В исследовании планировалось разработать схему лечения ЛП и КВЧ-пунктуры у больных смешанной формой бронхиальной астмы в приступном периоде с использованием аппарата «Матрикс» производства ООО НИИ «Матрикс» (Москва), насадки ЛО-КВЧ-4,9, ЛО1 и изучить эффективность применения.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами обследовано 60 больных в возрасте от 17 до 68 лет (в среднем  $41,3 \pm 5,3$  года) с давностью заболевания от 1 года до 22 лет (в среднем  $8,2 \pm 2,1$  года). Основные сведения представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Характеристика обследованных больных.

Признак	Количество больных	
	Абс.	%
Пол:		
мужской	26	43,3
женский	34	56,7
Возраст, годы		
17 – 25	7	12
26 – 39	17	29
40 – 55	23	38
56 – 67	13	21
Тяжесть течения заболевания:		
лёгкое	7	11,6
среднетяжелое	47	77,4

Проведено исследование, в котором больные были разделены на клинически сопоставимые группы. Всем больным назначали адекватную базисную медикаментозную терапию. Для купирования приступов использовали внутривенно ксантиновые производные и ингаляционно-селективные  $\beta_2$ -адреномиметики, ингаляционные стероидные препараты, в основном беклометазон дипропионат. При наличии признаков атопической сенсibilизации у ряда

больных использовали ингаляции интала или пероральный прием задитела или кетотифена.

Клинические, инструментальные и лабораторные исследования проводили в 3 этапа: до, после курса лечения и в отдаленном периоде через 6-12 мес.

Исследования проводили с помощью стандартизованных индивидуальных карт-опросников. Клинически оценивали частоту приступов экспираторного диспноэ, факторы, провоцирующие приступы, характер кашля, его преобладание в ночное и дневное время, частоту применения бронхолитических препаратов. Всем больным проводили исследование функции внешнего дыхания (ФВД) с анализом кривой «поток – объем» на компьютерном спирометризаторе «Спиrolан-2000», ЭКГ, оценивали клинический анализ крови и мокроты, биохимический анализ крови с определением уровней С-реактивного белка гексозорциновым методом, фибриногена, церулоплазмينا модифицированным методом Ревина, серотонина методом Snyder в модификации В.И. Кулинского и А.С. Костюковской и гистамина методом Шора.

Больные 1 группы (n = 40) были разделены на 2 подгруппы: в 1А-группу (n = 27) вошли больные в возрасте от 17 до 39 лет, которым назначали ЛП, а в 1Б-группу – больные БА от 40 до 67 лет, им проводили процедуру КВЧ-пунктуры.

Больным молодого возраста 1А-группы проводили курс ЛП, седативная методика которой направлена на применение малых доз мощности от 1 до 2 мВт/кв.см и временем воздействия 15 сек на следующие БАТ: кун-цзуй (LU6), тай-юань (LU9), цюй-чи (LI11), хэ-гу (LI4), цзу-сан-ли (St36) и фэн-лун (St40).

Больные среднего и пожилого возраста 1Б-группы, проходили процедуры КВЧ-пунктуры по стимулирующей методике следующих точек: фэн-мэнь (Bl12), фэй-шу (Bl13), гао-хуан (Bl43), ци-хай (CV6), шэнь-шу (Bl23), цзу-сан-ли (St36), тай-юань (Lu9), тай-си (K3). Эффект тонизации достигался в течение 2-5 минут. При этом необходимо было дожидаться появления первых сенсорных реакций (обычно комфортных).

Полученные результаты проанализированы с использованием методов вариационной статистики с учетом числа параметров и их распределения (параметрический тест Стьюдента, непараметрический тест Вилкоксона, коэффициент корреляции Пирсона) на основе компьютерной программы Statistica.

В группе сравнения (n = 20), отобранной методом случайной выборки, помимо базисной медикаментозной терапии, назначали ложные процедуры ЛП и КВЧ-пунктуры без включения выходной мощности аппарата.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Положительная динамика клинических проявлений заболевания, выражавшаяся в стойком снижении числа и степени выраженности приступов экспираторного диспноэ, у большинства больных проявлялась, начиная с 1-й процедуры, и постепенно прогрессировала к концу курса лечения.

Отмену или снижение дозы медикаментов производили по мере улучшения состояния больных. Клинические результаты лечения во всех группах оценивали следующим образом.

Значительное улучшение означало достижение полной ремиссии бронхиальной астмы или уреже-

ние и ослабление выраженности приступов экспираторного диспноэ, что позволяло более чем вдвое сократить количество применяемых медикаментов, а также отменить или снизить дозу пероральных гормонов у стероидозависимых больных.

По окончании курса лечения ЛП и КВЧ-пунктурой у пациентов 1 группы значительное улучшение состояния было отмечено в 36 случаях (90%). В их число вошли пациенты, принимавшие до начала курса лечения пероральные стероидные препараты. После окончания курса 3 человека смогли отказаться от их приема, а у 1 пациента доза была снижена вдвое. При этом среднее количество приступов экспираторного диспноэ снизилось в 3,1 раза, а суммарная среднесуточная доза бронхорасширяющих препаратов – в 4,2 раза. Опережающее по сравнению с частотой приступов снижение дозы медикаментов, требующихся для их купирования, отражает существенное уменьшение выраженности приступов.

В контрольной группе улучшение состояния было у 8 (40%) больных, отсутствовала значительная динамика у 9 (45%), ухудшение у 3 (15%) больных. Результаты обследования представлены в табл. 2.

**Таблица 2.**  
Клиническая эффективность лечения больных БА.

Группа	Эффективность лечения, %				ухудшение	уменьшение числа приступов, в разы	снижение дозы бронхолитиков, в разы
	общая эффективность	значительное улучшение	улучшение	без динамики			
1А	80	43,8	36,2	-	-	3,1	4,2
1Б	78,9	30,5	48,4	-	-	3,0	4,15
Сравнения	40	-	40	45	15	1,1	1,1

Показатели клинического и биохимического анализа крови больных БА в целом характеризовались большой вариабельностью. При этом отмечена значительная доля пациентов с исходной эозинофилией и ускоренной СОЭ. После курса лечения ни в одной из групп больных в целом не происходили направленные достоверные изменения, однако исходно повышенные показатели изменялись существенно (табл. 3), что в определенной мере свидетельствовало о противовоспалительном действии процедур разной степени выраженности.

**Таблица 3.**  
Достоверная динамика исходно повышенных лабораторных показателей при ЛП и КВЧпунктуре (M ± m; p < 0,05).

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Нв., г/л	128±5,4	126±4,1	129±6,0	127±3,2
СОЭ, мм/ч	20,6±1,4	13,3±2,3	21,2±2,4	18,6±1,1
Лейкоциты, · 10 <sup>9</sup> кл. в поле зрения	7,4±1,2	6,3±0,8	6,9±1,1	6,7±0,5
Эозинофилы, %	9,9±0,4	3,1±0,3	8,2±0,2	8,0±0,2
Нейтроф. п/ядер.	4,1±0,5	2,6±0,4	4,4±0,3	3,2±0,5
Нейтроф. с/ядер.	71,2±3,1	66,1±2,3	70,2±3,1	69,0±2,1
Лимфоциты, %	17,4±2,1	26,7±1,1	16,5±1,1	17,1±1,2
С-РБ, усл.ед	1,8±0,4	0,9±0,2	1,7±0,4	1,6±0,5
Церулоплазмин, г/л	0,45±0,04	0,38±0,2	0,44±0,4	0,40±0,03
Гистамин, мкмоль/л	0,74±0,13	0,49±0,11	0,75±0,14	0,7±0,13
Серотонин, мкмоль/л	1,08±0,07	0,72±0,03	0,86±0,05	0,80±0,03

В группе сравнения не изменялись даже исходно повышенные показатели.

Это подтверждалось и данными анализа мокроты (табл. 4), при оценке ее характер, наличия лейкоцитов, эозинофилов, эпителия, бактериальной и грибковой флоры. Произошла положительная дина-

**Таблица 4.**  
Изменение показателей клинических анализов мокроты больных 1 – группы под влиянием курса ЛП и КВЧ-пунктуры (M ± m; n=40).

Показатель	До лечения	После лечения	p
Характер мокроты, баллы	1,8 ± 0,1	1,2 ± 0,2	< 0,001
Лейкоциты в мокроте в поле зрения	22,1 ± 2,3	11,1 ± 2,0	< 0,005
Эозинофильные лейкоциты в мокроте в поле зрения	2,1 ± 0,4	0,6 ± 0,4	-
Бактериальная флора в мокроте, баллы	1,5 ± 0,3	1,0 ± 0,1	< 0,005
Мицелий грибов в мокроте, баллы	0,32 ± 0,06	0,25 ± 0,05	-

мика практически по всем параметрам у больных 1 группы, что продемонстрировало противовоспалительный эффект, включающий в себя антиаллергический и бактериостатический компоненты. В группе сравнения достоверных изменений не было.

У больных 1 группы ЛП и КВЧ-пунктура привели к улучшению практически всех основных спирографических показателей (табл. 5). Столь отчетливая положительная динамика спирометрических данных происходила на фоне снижения суммарной суточной дозы бронхорасширяющих препаратов, а у ряда больных и на фоне отмены или существенного снижения дозы пероральных глюкокортикоидных препаратов.

**Таблица 5.**  
Динамика показателей ФВД (в %) под влиянием курса ЛП и КВЧпунктуры (M ± m).

Показатель ФВД	Основная группа		p	Контрольная группа		p
	до лечения	после лечения		до лечения	после лечения	
ЖЕЛ	83,6±4,1	95,3±3,5	< 0,01	81,4±3,1	82,6±4,1	-
ФЖЕЛ	79,1±4,2	91,2±3,2	< 0,01	78,1±3,2	80,1±2,2	-
ОФВ <sub>1</sub>	72,4±4,9	87,1±5,4	< 0,01	71,2±4,7	73,3±4,6	-
ПОС	71,6±5,2	87,4±4,5	< 0,01	72,6±5,1	74,6±5,4	-
МОС <sub>25</sub>	59,5±5,7	76,6±5,2	< 0,01	58,6±4,7	60,5±5,7	-
МОС <sub>50</sub>	48,2±5,2	61,6±5,3	< 0,05	47,2±5,2	48,2±5,2	-
МОС <sub>75</sub>	37,0±3,9	50,7±4,3	< 0,05	37,0±3,5	39,6±3,7	-

**Примечание:** ЖЕЛ – жизненная емкость легких; ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких, ОФВ<sub>1</sub> – объем форсированного выдоха за 1-ю секунду, ПОС – пиковая объемная скорость экспираторного потока; МОС 25-75% – максимальные скоростные потоки выдоха на уровне 25,50 и 75% от ФЖЕЛ.

Не менее важно улучшение исходно сниженных показателей и сохранение значений показателей в отдаленный период в соответствии с клиническим состоянием. Опережение снижения доз медикаментов, потребных для купирования приступов по сравнению со снижением среднесуточного числа приступов экспираторного диспноэ свидетельствует также и об уменьшении выраженности приступов.

Дополнительное седативное действие процедур не только снижает вероятность возникновения нейроргенных приступов экспираторного диспноэ, но и формирует правильный стереотип дыхания у больных БА за счет влияния на его нейровегетативное обеспечение.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Методы ЛП и КВЧ-пунктуры в комплексном лечении больных смешанной формой бронхиальной

астмы оказывает благоприятное влияние на купирование приступов бронхиальной астмы, улучшая дренажную функцию легких и в целом на общее состояние больного.

2. Данные методики способствуют более ранней нормализации основных клинических признаков заболевания, а также снижению суточной потребности в ингаляционных бронхолитиках, стероидах и других препаратах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин А.Г. Тяжелые формы бронхиальной астмы // Тер. арх. – 2001. – Т.73, № 3. – С.5-9.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы/ Пер. с англ. Пересмотр 2002 г., – М.: АТМОСФЕРА. – 2002. – 112 с.
3. Осин А.Я. Лазерная терапия в пульмонологии.– Владивосток: Дальнаука.– 1999. – 69 с.
4. Чучалин. А.Г. Бронхиальная астма у взрослых. Атопический дерматит. – Москва: Изд-во. – 2002. – 91 с.
5. Козлов В.И. Дозирование лазерного излучения. / Применение низкоинтенсивных лазеров в клинической практике // Под. Ред. О.К. Скобелкина. – М., 1997. – С. 18-23.
6. Никитин А.В., Есауленко И.Э., Васильева Л.В. Низкоинтенсивное лазерное излучение в практической медицине.– Воронеж: ВГМА.– 2000. – 188 с.
7. Гуляев А.И. Применение молекулярно-волновой терапии в комплексном лечении больных с сочетанной патологией // Биомедицинская радиоэлектроника. – 1998. – № 3. – С. 26-33.
8. Теплоне М.В. КВЧ-пунктура (крайне высокочастотная пунктура).– Москва: Изд-во.– 1997. – 98 с.
9. Teppone M. Extremely High Frequency (EHF) Therapy // Complementary Medicine International. – 1996. – Vol. 3, N 1. – P. 29-35.
10. Konig G. Neue chinesische acupunctur. – Wien ; Munchen ; Bern.- 1999. – 75 p..
11. International Consensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma. National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health. – Bethesda, 1992. – 126 p.

#### РЕЗЮМЕ

В статье дана оценка эффективности лазеропунктуры и КВЧ-пунктуры для купирования приступов у больных смешанной формы бронхиальной астмы в разные возрастные периоды. Представлена специальная схема лечения больных в молодом и пожилом возрасте с разной степенью тяжести заболевания по точкам акупунктуры с применением ЛП и КВЧ-терапии. Обследовано 60 больных, из них 40 – 1 группа. Больные от 17 до 39 лет проходили курс лазеропунктуры, мощность от 1 до 2 мВт/кв.см временем воздействия 15 сек. на БАТ: LU6, LU9, LI11, LI4, St36 и St40. Больные от 40 до 67 лет – курс КВЧ-пунктуры точек: BI12, BL13, BI43, CV6, BI23, St36, Lu9, K3 в течение 2-5 минут. 2 группа – 20 больных получали только медикаментозную терапию. Для оценки эффективности терапии использовали общеклинические методы исследования до лечения и после каждого из 7 сеансов лазеропунктуры или КВЧ-пунктуры. Методы лазеропунктуры и КВЧ-пунктуры оказывают благоприятное влияние на купирование приступов бронхиальной астмы, улучшая дренажную функцию легких и в целом на общее состояние больного. Способствуют более ранней нормализации основных клинических признаков заболевания, а также снижению суточной потребности в ингаляционных бронхолитиках, стероидах и других препаратах.

#### ABSTRACT

Effectiveness of laserpuncture and extremely high frequency (EHF) puncture in cup off of attacks of patients with asthma bronchial mixed forme in different forms is in this article. Special shema of treatment of patients in age young and elderly with different gravity at points of acupuncture is presented. There is examine 60 patients and 40 – is 1 group. The patients in age at 17 to 39 years have the course of laserpuncture the dose at 1-2 mWt in 15 seconde at points: LU6, LU9, LI11, LI4, St36 and St40. The patients in age 40 -67 years have the course of extremely high frequency puncture: BI12, BL13, BI43, CV6, BI23, St36, Lu9, K3 in the period 2-5 minutes. 2 group – 20 patients received the therapy medical. We utilized methods of researches to treatment and after treatment and after 7 seances of laserpuncture or extremely frequency puncture. This methods rende the influence at cup off of attacks of asthma bronchial, improved the function of drenage of lungs and at the state of patient. This methodic contribute to early normalization of clinical state of patient and at lowering of day need in inhaled broncolitics, steroids and other drugs.

## ПОСТОЯННЫЕ И ПЕРЕМЕННЫЕ КОМПОНЕНТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИЕЛОПАТИЯМИ В ЗДРАВНИЦАХ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

МОИСЕЕВ В.В., к.м.н.

Кафедра вертеброневрологии с курсом мануальной медицины Ставропольской государственной медицинской академии Клиника вертеброневрологии, г. Кисловодск, Россия  
mail: SGMA @ narzan.com

#### АННОТАЦИЯ

В публикациях последних 8-10 лет отсутствует единство методических подходов к использованию природных и преформированных физических курортных факторов при восстановительном лечении пациентов с миелопатическим синдромом [1, 2, 3, 4]. Данное обстоятельство инициировало проведение (после оперативного вмешательства в клинике вертеброневрологии г. Кисловодска) реабилитации этих больных на базе ряда санаториев Кавказских Минеральных Вод и черноморского побережья Краснодарского края в сочетании с авторскими модификациями мануальной, талассо- и бальнеотерапии, когда наш анализ динамики исходных (за пятилетний срок проведения собственного научного исследования) дегенеративных и дистрофических изменений межпозвонковых дисков выявил постреабилитационную суммарную коррекцию у 87,8% (n=983, p<0,05) пациентов изначально имевшихся патологи-

ческих процессов в межпозвонковых дисках в виде протрузий и грыж (как частично, так и свободно выпавших до лечения) на уровне ПДС С II - С III; С III- С IV; С IV – С V; С V – С VI; С VI – С VII.

**Ключевые слова:** санаторная реабилитация больных миелопатиями.

#### ВВЕДЕНИЕ

Цервикальная миелопатия представляет собой генерализованный процесс с вовлечением центрального и периферического звеньев нервной системы, характеризующийся полиморфизмом клинических и параклинических проявлений [4, 5]. В российской нозологической структуре первичной инвалидности поражения межпозвонковых дисков (в т.ч. на уровне шейного отдела позвоночника) с миелопатией составляют 24,2%, достигая статистического уровня 20,5 случаев на 100 000 населения [6]. Цель настоящего исследования заключалась в том, чтобы дать научное обоснование процессу мультиатри-