

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-

бутивного задействования инновационных приемов талассо-, бальнеотерапии в комплексном восстановительном лечении больных полиморфными миелопатиями (в рамках преемственной деятельности профильных учреждений здравоохранения и санаториев Южного федерального округа).

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Единицами исследования методом непреднамеренного отбора в период 2003-2008 годов были определены следующие рандомизированные группы больных миелопатиями, проходившие по авторским методикам восстановительное лечение на базах исследования, т.е. в Кисловодской клинике вертеброневрологии Ставропольской ГМА; в санаториях «Луч» (Кисловодск), «Волна», «Правда» (Сочи), «Вулан» (Геленджик): а) пациенты с синдромами сдавления передней спинальной и позвоночной артерии (М 47.0 по МКБ-Х, n=279); б) пациенты с поражениями межпозвоночных дисков шейного отдела (М 50.0 по МКБ-Х, n=278); в) пациенты с гематомиелией как превалянтной формой диссеминации сосудистых миелопатий (G 95.1 по МКБ-Х, n=282); г) пациенты с лучевой (радиационной) формой миелопатий (G 95.8 по МКБ-Х, n=280). При этом имевшееся изначально (при поступлении на базы исследования) локальное кифозирование на уровне ПДС С IV – С V, С V – С VI с углом более 11 градусов заинтересованного ПДС было устранено у 28,3% (n=317, p<0,05) больных с помощью оперативного вмешательства в клинике вертеброневрологии г. Кисловодска и последующего (через 6 месяцев после операции) использования в здравницах Сочи и Геленджика авторских схем талассолечения, в т.ч. псаммотерапии и морских процедур. Классические схемы дозирования талассо-процедур [7] нами модифицировались, поскольку изучаемый контингент больных миелопатиями требовал индивидуального применения теплых, индифферентных или прохладных (сухих, влажных, сырых) воздушных ванн при проведении восстановительного лечения в разные периоды года. Иммуномодулирующий и метеорезистентный эффект восстановительного лечения в здравницах больных миелопатиями формировался режимами слабого и умеренно интенсивного воздействия гелио-процедур, теплыми (при ЭЭТ не ниже 23°) и индифферентными (при ЭЭТ=21-22°) воздушными ваннами. Этим же была продиктована модифицированная экспозиция этапных морских процедур (обливания, обтирания морской водой, окунания, дозированное и свободное плавание в акватории лечебных пляжей), что представлено в табл. 1.

Бальнеотерапия применялась в зависимости от ведущих бальнеофакторов на изучаемых курортах. Так, на курорте Сочи она использовалась в виде общих сероводородных (50-100-150 мг/л при температуре 36°С, продолжительностью 1 ванны 6-8-10-12 минут с нарастающим итогом, через день, 8-10 ванн на курс лечения) ванн природных минеральных источников Мацестинского месторождения. На курорте Кисловодск бальнеолечение выполнялось для указанных больных в виде назначения общих нарзанных ванн по вышеописанной методике, а на курорте Геленджик использовались общие йодобромные (t°=36-38°С, 10-15-20 минут по нарастающей, № 8-10

Таблица 1.  
Авторская модификация видов и режимов морских процедур в схемах восстановительного лечения в здравницах больных миелопатиями.

Виды морских процедур (ингредиентов талассотерапии)	Режимы назначения (температура морской воды, длительность процедуры, периодичность и число ее назначений на полный курс лечения)
Этап первый: обтирания	В течение 1-2 дней в теплое время года или ежедневно в холодное полугодие t° морской воды 20-22° (в зимнее время – подогревать), продолжительность процедуры – 5-8-10-15 минут (по нарастающей).
Этап второй: обливания	Комбинирование с обтираниями 3-5 дней в теплое время года или весь курс лечения в зимний период при t° морской воды (естественной или подогретой) 18-19° и объеме обливаний - 10 литров
Этап третий: влажные укутывания простынями, смоченными морской водой	В зимний период при t° подогретой морской воды 27-28° 10-12 процедур. Начинать с 3 мин., постепенно увеличивая до 10 минут
Этап четвертый: морские купания (свободное плавание)	В первую неделю – по I режиму (слабого) воздействия теплые (t° 22-25°, 2-3-6 минут), а последующие дни – по II режиму, т.е. умеренно-интенсивного воздействия (при t° от 22°С 10-15-20 минут; при t° 20-22°С до 10 минут, при t° 18-19°С не более 3 минут).

ч/день на курс лечения) ванны скважины № 117-М. Кроме этого, на курорте Геленджик использовалась достаточно редкая (в общей схеме реабилитации больных миелопатиями) методология псаммотерапии, т.е. метод восстановительного лечения нагретым до t°=40-50°С природным песком (вперемешку с мелкой теплой морской галькой) в виде общих песочных ванн, когда лечебные свойства нагретого песка были обусловлены его теплоустойчивостью, гигроскопичностью, умеренной контрастностью температурного режима песчинок, мелкой гальки и находящегося между ними воздуха. Указанное в таблице 2 попеременное назначение терренкуров легкой (в течение первой недели пребывания в здравницах), средней и высокой степени сложности (в последующие дни санаторного лечения) позволяли добиваться позитивного терапевтического эффекта путем комбинации четырех основных составляющих ландшафто-терапии: 1) величины уклона ландшафта от 3 до 7 и более градусов; 2) радиуса пешеходной доступности от плавного поворота пешеходной тропы (120-150°) до крутых разворотов пешеходной зоны (от 90° и менее, т.е. под прямым или острым углом); 3) соотношения скорости и частоты повторения отдельных порывов ветра (не более чем 500 час/год при максимальной скорости ветра от 10 до 15 м/сек); 4) индекса комфортности биоклиматических характеристик пешеходной зоны, что определялось не только средней влажностью воздуха по пути следования пациента, но и соотношением «тень – солнце» на протяжении всего терренкура.

У больных цервикальной миелопатией обследование было направлено на выявление синдрома вертеброгенной цервикобрахиалгии различной степени выраженности и окраски в сочетании с периферическим парезом верхних конечностей, спастическим парезом или плегией нижних конечностей, а также на диагностику диссоциированных расстройств поверхностной и глубокой чувствительности, нарушений функции тазовых органов. При этом вертеб-

Таблица 2.

Ландшафтотерапия как составляющая санаторного этапа восстановительного лечения больных миелопатиями в здравницах Кисловодска, Сочи и Геленджика.

Критерии назначения дозированной ходьбы	Терренкур № 1 (легкая степень сложности) 35-40 шагов в мин.	Терренкур № 2 (средняя степень сложности) 20-30 шагов в мин.	Терренкур № 3 (высокая степень сложности) 10-15 шагов в мин.
1. Величина уклона ландшафта	уклон 3° и менее	уклон 4-6°	уклон 7° и более
2. Радиус пешеходной доступности (R)	R поворотов= 120-150° (вседоступный)	R поворотов= 95-115° (сложный)	R поворотов≤90° (повышенно сложный)
3. Соотношение скорости и частоты повторения отдельных порывов ветра	ветер до 5 м/сек, частота повторений не более 250 час./год	ветер до 10 м/сек, частота повторений не более 350 час./год	ветер от 10 до 15 м/сек, частота повторений до 500 час./год
4. Индекс комфортности биоклиматических характеристик пешеходной зоны	средняя влажность воздуха по пути следования пациента		
	относ. влажность= 56-70%	относ. влажн.=71-85%	относ. влажн. более 85%
	соотношение «тень-солнце» на протяжении всего терренкура		
	70% 30%	50% 50%	30% 70%
5. Эквивалент энергозатрат	400-450 ккалорий/км	до 800 ккалорий/км	до 1000 ккалорий/км

роневрологическое обследование, направленное на выявление патобиомеханических нарушений со стороны опорно-двигательной системы, имело целью оценку степени выраженности вертебрального синдрома (ВС). Посредством глубокой пальпации мышц шеи и плечевого пояса объективизировались признаки миофасциального болевого синдрома (МФБС), в т.ч. регионарный постуральный дисбаланс мышц (РПДМ), триггерные пункты (ТП), локализация которых рассматривалась в зависимости от структурных единиц мышц. С целью выявления функциональных биомеханических нарушений проводилось мануальное тестирование, позволяющее оценить следующие функциональные биомеханические нарушения двигательной системы: функциональный блок (ФБ), РПДМ, неоптимальный двигательный стереотип (НДС). Определялся тип миофиксации. Посредством поверхностной пальпации выявлялись вегетативные реакции (явления термоасимметрии, гипергидроз). Одновременно проводились электрофизиологические исследования, для сего задействовался отечественный аппаратно-программный комплекс «ПлантаВизор Синди грация», который обеспечивал возможность проведения электромиографии и компьютерной интегрирующей транспозиционной стереофотометрии тела человека [8].

**Результаты собственных исследований и их обсуждение.** У обследованных нами пациентов с диагностированным синдромом цервикальной миелопатии (табл. 3) бледность кожных покровов, пастозность, расстройства потоотделения, явления термоасимметрии с повышением температуры в области надплечья были выявлены у 47,1% больных, а с понижением температуры кожных покровов верхних конечностей у 52,9% обследованных в зависимости от длительности и степени выраженности патологи-

ческого процесса. При этом предложенными нами методами консервативного лечения или различными приемами постоперационной реабилитации больных миелопатиями в стационарных условиях специализированной вертеброневрологической клиники СГМА удалось на момент выписки из названной базы исследования ликвидировать указанную термоасимметрию у 69,4-74,1% больных (как в проксимальных, так и в дистальных отделах их верхних конечностей). Вместе с тем динамическое наблюдение выписанных пациентов позволило констатировать (через 7-8 месяцев) появление вновь у 196 (т.е. более чем у 40% пролеченных ранее пациентов) сходных явлений термоасимметрии (хотя и меньшей интенсивности), что потребовало введения дополнительного санаторного этапа восстановительного лечения этих пациентов в здравницах Сочи и Геленджика по авторским методикам.

Таблица 3.

Динамика вегетативно-сосудистых характеристик кожных покровов верхних конечностей наблюдаемых пациентов в рамках предложенного трехэтапного алгоритма их восстановительного лечения<sup>\*,\*\*</sup>.

Клинические проявления вегетативной и сосудистой дистонии	Группа А Этап консервативного лечения в клинике вертеброневрологии (n=427, p<0,05)		Группа В Постоперационная реабилитация в Кисловодской клинике (n=278, p<0,05)		Группа С Санаторный этап лечения в здравницах Сочи и Геленджика (n=414, p<0,05)	
	до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после
1. Отечность кистей	74,4% n=318	12,1% n=52	81,6% n=227	19,4% n=54	25,6% n=106	0,5% n=2
2. Побледнение кистей	60,7% n=259	23,8% n=102	54,7% n=152	24,4% n=68	41,1% n=170	1,5% n=6
3. Цианоз кистей	39,3% n=168	8,2% n=35	45,3% n=126	17,2% n=48	20,0% n=83	0,75% n=3
4. Гипергидроз	68,1% n=291	29,3% n=125	49,3% n=137	29,5% n=82	49,5% n=205	2,25% n=9
5. Сухость кожи	31,9% n=136	13,1% n=56	50,7% n=141	24,1% n=67	29,7% n=129	2,75% n=11
6. Снижение кожной t° С, в том числе:	52,9% (226)	20,9% (111)	60,4% (168)	30,6% (85)	47,3% (196)	3,5% (14)
- проксимальные отделы	20,6% (88)	11,2% (48)	20,0% (58)	13,7% (38)	20,7% (86)	1,5% (6)
- дистальные отделы	32,3% (138)	14,7% (63)	39,5% (110)	16,9% (47)	26,6% (110)	2,0% (8)
7. Повышение кожной t° С, в том числе:	47,1% (201)	21,5% (92)	38,8% (108)	28,4% (79)	41,3% (171)	3,0% (12)
- проксимальные отделы	23,2% (99)	10,1% (43)	16,5% (46)	12,6% (35)	18,8% (78)	1,25% (5)
- дистальные отделы	23,9% (102)	11,4% (49)	22,3% (62)	15,8% (44)	22,5% (93)	1,75% (7)

**Примечание \*** в таб.4 и далее: группа А – больные (с названными в таблице 1 нозологическими формами миелопатий), прошедшие в 2003-2008 годах (n=427) консервативное восстановительное лечение (схема 1) в неврологическом отделении Кисловодской клиники вертеброневрологии Ставропольской государственной медицинской академии; группа В – больные (n=278), проходившие в этот же период в названной клинике СГМА этапы первичной и повторной стационарной реабилитации (схема 2) после оперативного вмешательства по поводу миелопатий; группа С – больные миелопатиями (n=414), прошедшие за минувшие 5 лет санаторно-курортный этап реабилитации в здравницах Сочи и Геленджика (по авторским методикам) для потенцирования немедикаментозного терапевтического эффекта (в течение 1 года после лечения в вертеброневрологической клинике);

**\*\***) у одного пациента наблюдались одновременно несколько проявлений ВГД, характерных для миелопатий.

Проведенные нами электрофизиологические исследования (табл. 4) позволяли идентифицировать у больных миелопатиями уровень рефлекторной возбудимости надсегментарных отделов нервной системы у изучаемого контингента больных, что контролировалось такими проявлениями спи-

Таблица 4.

Результаты электронейрофизиологических исследований сегментопознавательных мышц плечевого пояса, шеи и верхних конечностей и компьютерной интегрирующей транспозиционной стереофотометрии тела (КИТС) у больных изучаемыми формами миелопатий.

Характеристики электронейромиографии (ЭНМГ) и КИТС (по методике С.В. Кузнецова, 2003)	Группа А		Группа В		Группа С	
	до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после
1. Динамика <b>спинально-стволового рефлекса</b> (компенсация угнетения произвольной активности мышц гипотенара с одновременным уменьшением торможения активности трапецевидной, дельтовидной и большой грудной мышцы, сокращающихся произвольно)						
- процент	79,9%	24,3%	80,6%	27,6%	43,7%	4,5%
- количество	n=341	n=104	n=224	n=77	n=181	n=18
2. Регистрация уровня искаженных (патологических) форм проявления при ЭНМГ <b>спинально-постсимпатического рефлекса</b> на предложенных этапах восстановительного лечения больных миелопатиями						
- процент	62,1%	22,7%	64,4%	25,8%	40,8%	3,75%
- количество	n=265	n=97	n=179	n=72	n=169	n=15
3. Определение <b>акустических ствольных вызванных потенциалов</b> (уменьшение амплитуды и «сглаженности» основных пиков)						
- процент	69,7%	23,2%	70,9%	24,4%	40,3%	3,25%
- количество	n=298	n=99	n=197	n=68	n=167	n=13
4. Определение <b>соматосенсорных вызванных потенциалов</b> (замедление проведения импульса на заинтересованном участке от периферии до ствола)						
- процент	66,7%	21,5%	66,9%	22,6%	37,4%	4,0%
- количество	n=285	n=92	n=186	n=63	n=155	n=16
5. Ограничение объема движений (в градусах) и последующая коррекция движений в заинтересованном отделе позвоночника по восстановительной ортопедической программе на отечественном плантовизоре «Синди Грация»						
- процент	100%	32,1%	100%	35,2%	56,7%	5,5%
- количество	n=427	n=137	n=278	n=98	n=235	n=22

нально-стволового рефлекса, как угнетение произвольной активности мышц гипотенара с одновременным уменьшением торможения активности трапецевидной, дельтовидной и большой грудной мышцы, сокращающихся произвольно. Сравнительная оценка латентного времени спинально-стволового рефлекса до и после лечения показала его уменьшение при наличии резкой болезненности, и, наоборот, увеличение при стихании локальной боли заинтересованной мышцы. Подобное выражалось тем, что первоначальное угнетение произвольной активности мышц гипотенара у 79,9-80,6% больных группы А и группы В после лечения в условиях специализированной вертеброневрологической клиники снизилось до 24-27% по завершению как консервативного, так и постоперационного этапов восстановительного лечения. Однако наибольший терапевтический эффект у оставшихся 43,7% (n=181, p<0,05) больных миелопатиями был достигнут на санаторном этапе реабилитации, когда некомпенсированное угнетение произвольной активности названных мышц (как патологическая форма проявления спинально-стволового рефлекса) сохранилось лишь у 4,5% изучаемых больных, направленных нами на дополнительную реабилитацию (по предложенным авторским методикам) в здравницы – базы исследования на черноморском побережье Кубани. Аналогичная динамика наблюдалась нами при определении акустических ствольных вызванных потенциалов, что у больных изучаемыми формами миелопатий почти в 70% случаев характеризовалось изначально не только отчетливым уменьшением амплитуды и «сглаженности» основных пиков, но даже отсутствием VI пика и резким удлинением латентности V пика. Необходимо отметить, что предложенные схемы восстановительного лечения в стационаре давали возможность снизить почти в 3 раза процент грубых изменений амплитуды и «сглаженности» основных пиков акустических ствольных вызванных потенциалов, что позволяло рассматривать подобные интеруральные различия для указанных межпиковых латентностей как компенсацию имевшихся до лечения клинических признаков дисфункции ствольных структур у больных миелопатиями. К тому же назначение системного восстановительного лечения по нашим методикам способствовало восстановлению проведения импульса (как основной характеристики соматосенсорных вызванных потенциалов) на заинтересованном участке от периферии до ствола, а сама задержка в проведении между каудальными отделами ствола и корой у больных изучаемыми формами миелопатий выступала в виде поражения подкорково-стволовых структур или даже блокады проведения импульсов на этом уровне.

Как видно из данных таблицы 4, более чем у половины наблюдаемых больных (как с преобладанием супраспинальных влияний, так и с клиническим превалированием периферических проявлений миелопатий) показатели ЭНМГ по завершению предложенного нами трехэтапного алгоритма восстановительного лечения не отличались существенно от нормы за исключением того, что у 3-4% пациентов не удалось нормализовать амплитуду соматосенсорных и акустических ствольных вызванных потенциалов даже по завершению итогового этапа санаторно-курортной реабилитации (группа С). Именно в

этой группе даже используемые прогрессивные методы компьютерной интегрирующей транспозиционной ортопедической программы коррекции движений на отечественном плантовизоре «Синди Грация» по методу С.В. Кузнецова (2003) не помогли полностью добиться восстановления объема движений у 5,5% наблюдаемых пациентов. В других группах наблюдения изначально нарушенный у 100% больных миелопатиями объем движений в заинтересованном отделе позвоночника восстановился до нормальных параметров (в градусах) практически у 65-68% пациентов.

## ВЫВОДЫ

1. Разработанная в рамках исследования система аффилиарного (т.е. объединяющего) задействования физических (природных и преформированных) факторов Кавказских Минеральных Вод и российского Причерноморья в восстановительном лечении больных миелопатиями включала оригинальную схему коррекции патобиомеханических нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата; изначально выявленного постурального дисбаланса мышц, триггерных пунктов, глубины и выраженности функционального блока, а также неоптимального двигательного стереотипа, что у 96-98% этих пациентов практически нивелировало уровень клинической выраженности патологических вегетососудистых проявлений, болевого синдрома и т.д.

2. По данным катамнеза, 74,6% больных, прошедших предложенное восстановительное лечение, оставались в течение года после выписки из здравниц – баз исследования в хорошем самочувствии, тогда как без улучшения указанных клинико-функциональных характеристик из санаториев было выписано менее 1% пациентов. Данное обстоятельство позволяет позитивно расценивать терапевтический эффект от предложенных нами технологий восстановительного лечения больных миелопатиями в здравницах Южного федерального округа.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агасаров Л., Петров А. Нейровебродгенные синдромы // МГ. 2003. – № 24. – С. 8-9.
2. Беляев А.Ф. Синдром нарушений вегетативной регуляции у больных с вертеброгенными болевыми синдромами // Полисистемные неспецифические синдромы в клиническом полиморфизме заболеваний нервной системы и их коррекция: Материалы международной конференции. – Новосибирск: Издатель, 2002. – С. 111-113.
3. Карлов В.А. Терапия нервных болезней: (Руководство для врачей). – М.: «Шаг», 1996. – 653 с.
4. Лиев А.А. Мануальная терапия миофасциальных болевых синдромов. – Днепропетровск. – 1993. – 141 с.
5. Луцки А.А., Крючков В.В., Крупский М.А. Дифференцированное использование мануальной терапии при грыжевых формах остеохондроза позвоночника. // Мануальная терапия при вертеброгенной патологии. – Тез. докл. областной науч.-практической конференции. – Новокузнецк, 2000. – С. 37-39.
6. Стародубов В. И., Соболева Н. П. Стратегия профилактики заболеваний в условиях реформирования здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 1(60). – С. 5-11.
7. Утехина В.П., Куртаев О.Ш., Утехин Е.В., Сарян Л.А. К вопросу организации и практического применения талассотерапии на курор-

те // Актуальные проблемы восст. мед., курортот. и физиотерапии.: Тезисы докл. на Всерос. форуме «Здравница». – М., 2002. – С.275.

8. Кузнецов С.В. Методика проведения электронейромиографии и компьютерной интегрирующей транспозиционной стереофотометрии тела человека // Новый неврологический вестник. – 2003. – № 6. – С. 73-75.

#### РЕЗЮМЕ

На статистически достоверном уровне наблюдений в 2003-2008 годах рандомизированных групп больных миелопатиями ( $n=1119$ ,  $p<0,05$ ) были осуществлены аффилиарные (т.е. объединяющие) методологические подходы к реабилитации (после консервативного или оперативного лечения в специализированной клинике вертеброневрологии г. Кисловодска) 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 патологических процессов в межпозвонковых дисках в виде протрузий и грыж

#### ABSTRACT

In 2003-2008 at a statistically reliable level of observation of randomized groups of patients with myelopathies ( $n=1119$ ,  $p<0,05$ ) it was carried out multimodal methodological approaches to rehabilitation of these patients (after conservative or surgical treatment in a specialised vertebro-neurological clinic in Kislovodsk) in a number of sanatoriums of Caucasian Mineral Waters and Black Sea coast of Krasnodar Territory, in combination with the author's modifications of manual, thalasso- and balneotherapy. As a result, our analysis of dynamics of initial (for a 5-year period of conducting the personal research study) degenerative and dystrophic alternations of intervertebral discs revealed total post-rehabilitative correction with 87.8% ( $n=983$ ,  $p<0,05$ ) of patients of pathologic processes in the intervertebral discs initially existed as protrusions and herniations.

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ТАРГЕТ-ТЕРАПИИ КАК ИНСТРУМЕНТАРИЙ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТАЛАССОЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ФЛЕГМОН ПОЛОСТИ РТА И БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ

ШЕВЧЕНКО Л.В., к.м.н., ассистент каф.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, зав. отделением челюстно-лицевой хирургии кафедра стоматологии Белгородского государственного университета e-mail: lin1377@yandex.ru

#### АННОТАЦИЯ

Рассмотрены возможности комбинаторного использования физических природных факторов Причерноморья и Белгородской области для восстановительного лечения больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу периапикальных абсцессов и флегмон полости рта. Разработаны научные принципы медицинского таргетирования режимов назначения постоперационным больным с периапикальными абсцессами и флегмонами полости рта солнечных и воздушных ванн, водных процедур в местных здравницах (Белгородская область) и курортах Краснодарского края. Показано, что авторские принципы медицинского внедрения талассо-процедур, гелиотерапии для названного контингента пациентов являются более эффективным санационным фактором коррекции показателей ПОЛ, характеристик иммунного статуса по сравнению со стандартными методами поликлинического долечивания наблюдаемых постоперационных больных.

**Ключевые слова:** восстановительное лечение, талассотерапия, гелиотерапия, периапикальные абсцессы, флегмоны полости рта.

#### ВВЕДЕНИЕ

Важным элементом оперативного вмешательства является не только качество самой операции, но и послеоперационное восстановительное лечение, которое должно обеспечить не просто выздоровление, а полную нормализацию всех параметров организма человека. По мнению ряда известных исследователей [1, 2, 3], физические курортные факторы (как природные иммуномодуляторы) способны оптимизировать дисбаланс иммунологических показателей больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу периапикальных абсцессов и флегмон полости рта. В этой связи необходимо выявить принципы и методологические особенности восстановительного лечения таких постоперационных больных. Важным является также выявление