

# СИСТЕМНЫЕ ОТЛИЧИЯ ЭТАПОВ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОГЕННЫМИ ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ МИЕЛОПАТИЯМИ В УСЛОВИЯХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

МОИСЕЕВ В.В., к.м.н., ассистент каф., ЛИБЕВ А.А., д.м.н., проф.  
Кафедра вертеброневрологии с курсом мануальной медицины  
Ставропольской государственной медицинской академии, Клиника вертеброневрологии  
Россия, г. Кисловодск, SGMA @ narzan.com

## АННОТАЦИЯ

Актуальность планирования и разработки тематики новых методов восстановительного лечения больных цервикальными миелопатиями объясняется общемировой тенденцией старения населения, когда, по мнению ряда исследователей [1, 2, 3], в недалеком будущем поражения межпозвоночного диска шейного отдела позвоночника с миелопатией (M 50.0 по МКБ-X) лягут еще более тяжелым экономическим бременем на бюджеты здравоохранения всех развитых стран Европы, Азии и Америки. Для России эта проблема особенно актуальна, так как в последние 8-10 лет неуклонно растет отрицательная демографо-экономическая нагрузка на учреждения здравоохранения в контексте почти трехкратного увеличения за этот период числа пациентов ЛПУ старше 60 лет [6]. К тому же до настоящего времени не определены стандарты оказания специализированной помощи данной категории больных [4, 5]. Одновременно российские курортологи, вертеброневрологи и организаторы здравоохранения выражают справедливую обеспокоенность сокращением в течение последних лет специализированных коек для лечения больных с миелопатиями в российских медицинских учреждениях и здравницах [6, 7, 8].

**Ключевые слова:** ингредиенты восстановительного лечения больных миелопатиями в стационаре.

## ВВЕДЕНИЕ

Научное обоснование представленной нами системы реабилитационных мероприятий имело единый (взаимосвязывающий) методологический подход как в неврологическом стационаре и нейрохирургическом отделении специализированной вертеброневрологической клиники, так и в здравницах Южного федерального округа. Афилиарный саногенез этого подхода состоял в профилактике развития дефицита кровенаполнения в вертебробазилярном бассейне при ограничении патогенерирующей роли клеточно-фиброзных разрастаний позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) шейного отдела позвоночника. Последнее (приводящее к деформации дурального мешка у больных с изучаемыми нозологическими формами миелопатий) купировалось у 96,8% (n=1084, p<0,05) наблюдаемых пациентов (в рамках оперативного вмешательства в нейрохирургическом отделении Кисловодской клиники с последующим задействованием на стационарном этапе реабилитации в названном ЛПУ лазертерапии и нарзаных ванн) компрессирующего влияния на дуральный мешок таких проявлений спондилеза, спонди-

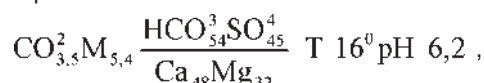
лоартроза, как краевые костные разрастания на уровне межпозвоночных отверстий заинтересованного ПДС.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В течение пятилетнего срока исследований (2003-2008 годы) нами разрабатывалась и внедрялась трехэтапная преемственная врачебная тактика реабилитации рандомизированных групп больных миелопатиями, включая: 1) группу А, т.е. больных (с полиморфными нозологическими формами миелопатий), прошедших (n=427) консервативное восстановительное лечение (схема 1) в неврологическом отделении Кисловодской клиники вертеброневрологии Ставропольской государственной медицинской академии; 2) группу В, т.е. больных (n=278), проходивших в этот же период в названной клинике СГМА этапы первичной и повторной стационарной реабилитации (схема 2) после оперативного вмешательства по поводу миелопатий; 3) группу С, т.е. больных миелопатиями (n=414), прошедших 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 специализированной вертеброневрологической клинике). У наблюдаемых пациентов проводилось ультразвуковое доплерографическое исследование (УЗДГ) брахиоцефальных сосудов с помощью системы ультразвуковой диагностики системы TOSHIBA Nemio SSA-550A, с локацией исследуемых сосудов датчиками с частотой 4 и 2 МГц в динамике до и после проведенного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий. Локация позвоночных артерий (ПА) проводилась в сегментах V1, V2, V3. Для идентификации сигнала применяли кратковременную (1-2 сек) компрессию сонной артерии (СА) на гомолатеральной стороне. Исследование кровотока по основной артерии и интракраниальному отрезку (сегмент V4) ПА проводилось через субокципитальное акустическое окно в положении пациента стоя или сидя на стуле с наклоненной вперед головой. УЗДГ артерий верхних конечностей при диагностированных клинически экстравертебральных синдромах осуществлялась по подключичной, плечевой и лучевой артериям. Рентгенография шейного отдела позвоночника проводилась на аппарате SIMENS TNR D800-1 (Germany) в динамике по стандартной методике в прямой и боковой проекциях. Лучевая нагрузка- 0,05 мЗв. При наличии показаний проводились функциональные пробы (ФРИ) в положении максимального сгибания и разгибания голо-

вы (лучевая нагрузка – 0,02 МЗВ). Для уточнения клинического диагноза у данной категории больных было проведено МРТ-исследование шейного отдела позвоночника на аппарате SIMENS MAGNETOM, оснащенный С-образным постоянным магнитом, открытым в передней части, с напряженностью гомогенного магнитного поля 0,35 Тл. Результаты исследования обрабатывали при помощи пакета статистических программ Statistica for Windows. Особо значимым компонентом этапа консервативного восстановительного лечения названного контингента больных в неврологическом отделении Кисловодской клиники вертеброневрологии стали прогрессивные методы экстракорпоральной терапии: а) прерывистый лечебный плазмаферез на аппаратах «Бакстер», Векман или «Гемофеникс»; б) экстракорпоральный метод ультрафиолетового облучения крови на аппарате МД 73 М «Изолюда» по П.А. Воробьеву и Л.И. Дворецкому (2002). Количество, кратность процедур плазмафереза и удаляемый объем плазмы за сеанс при проведении прерывистого плазмафереза каждому пациенту из основной подгруппы наблюдения назначались авторами исследования индивидуально, в зависимости от длительности, тяжести, формы течения изучаемого заболевания. Чаще всего практиковалась стандартная схема (П. А. Воробьев, 1998) проведения прерывистого плазмафереза этим больным, которая включала 3-5-7 подобных процедур (при удалении на каждой процедуре по 500-800 мл плазмы) через 1-2-3 дня. От вышеописанной методики лечения существенно отличались предложенные нами этапы стационарной реабилитации в нейрохирургическом отделении вертеброневрологической клиники г. Кисловодска больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу миелопатий. На этом этапе применялись следующие методики оперативного лечения: междужковое удаление грыжи диска; междужковое удаление грыжи диска ПДС поясничного отдела позвоночника с задним межтеловым спондилодезом титановым кейджем (имплантат ТКВП 12 мм, имплантат винтовой ТКВП 14 мм); передний межтеловой спондилодез титановым кейджем (имплантат винтовой ТКВ-20 мм; имплантат винтовой ТКВ-24 мм) на поясничном уровне; удаление грыжи диска ПДС шейного отдела позвоночника с передним межтеловым спондилодезом титановым кейджем (имплантат ТКВ -10 мм); транспедикулярная фиксация (задний доступ); малоинвазивная холодно-плазменная нуклеопластика (ARTHRO CARE Spine Surgery Sistem); малоинвазивная чрескожная пульпдекомпрессия (аппарат «ДЕКОМПРЕССОР» с тонким вращающимся штоком). Использование подобных методик оперативного лечения потребовало на первичном этапе стационарной реабилитации (в течение 1-7 дней после операции) рациональной медикаментозной активации системы антиоксидантной защиты (АОЗ), клеточных механизмов антигипоксического и детоксицирующего воздействия у постоперационных больных путем назначения препаратов нейропротективной терапии (реамберина, кронассиала) и при необходимости – полусинтетических антибиотиков группы цефалоспоринов III. Кроме этого, стабилизирующий эффект обеспечивался приемами квантовой терапии с использованием магнито-инфракрасно-лазерного отечественного аппарата «РИКТА»: а) по проек-

ции послеоперационного шва (методика Ф.Я. Хайруллина, 2002); б) паравертебрально (по ходу заинтересованных нервных стволов по методике В.С. Улащика, 2003). Процедуры ЛФК отпускались на этом этапе стационарной реабилитации по индивидуальной схеме (особенно при постоперационной иммобилизации шейного отдела позвоночника) на фоне массажа верхних и нижних конечностей (в период соблюдения постельного режима) по щадящей методике Р.А. Дмуховского и соавт. (2003). Этим же пациентам в стационаре клиники вертеброневрологии проводился этап повторной реабилитации (через 4-5 мес. после оперативного вмешательства). Этот этап включал: а) нарзанные ванны ( $t^{\circ}=36-37^{\circ}\text{C}$ ) продолжительностью 10-12 мин., N 8-10 на курс лечения; б) баротерапия конечностей в барокамере П.В. Кравченко; в) лазертерапию по А.А. Лиеву (1996) методом дифференцированной лазерной сканирующей волны, для чего использовался гелий-неоновый лазер АЛТ «Узор-2К» с длиной волны 0,63-0,89 мкм, мощностью излучения на выходе не менее 30 мВт при количестве процедур не менее 11, времени экспозиции на 1 зону от 60 до 256 сек. и общими временем (в зависимости от тяжести состояния пациента и давности заболевания) до 35 мин. с частотой повторения импульсов 80-150-300-600-1500-3000 Гц. Суть данной методики заключается в послойном облучении пораженных мышц, или групп мышц с различной частотой следования импульсов на каждой процедуре, что позволяет с большей вероятностью облучать активные ТП вне зависимости от глубины их расположения. Основной лечебный эффект на этапе повторной реабилитации, по нашим наблюдениям, был во многом связан с ионным составом используемой углекислой гидрокарбонатно-сульфатно-кальциево-магниевно-натриевой воды типа «Нарзан» с химическим составом



подаваемой по центральному минералопроводу в водолечебницу Кисловодской специализированной вертеброневрологической клиники.

### РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изложенные в табл. 1 результаты проведенного нами МРТ-исследования (сочетанно с рентгенодиагностикой) свидетельствуют о вовлечении центрального и периферического звеньев нервной системы больных миелопатиями в полиморфизм клинических и параклинических проявлений. Так, например, обязательным условием развития цервикальной миелопатии является выявленное нами сочетание ряда неблагоприятных факторов: врожденная узость спинномозгового канала, критическое уменьшение сагиттального размера позвоночного канала на уровне шейного утолщения (менее 0,9 см) на фоне развития дискотомедулярного конфликта и задних костно-хрящевых разрастаний, нередко усугубленного нестабильностью ПДС.

Соответственно возможности методов нейровизуализации (МРТ, УЗДГ) должны быть использованы в полной мере как на госпитальном, так и на догоспитальном этапах, в качестве диагностических критериев и критериев эффективности проводимого

Таблица 1.

Динамика показателей клинического состояния сагиттального размера позвоночного канала и иных характеристик ПДС по данным МРТ-исследования, выполняемого сочетанно с рентгенодиагностикой, в т.ч. с целью выявления и профилактики факторов риска для больных миелопатиями в потенциальном развитии ишемического инсульта цервикального генеза.

Характеристики МРТ-исследования сочетанно с рентгенодиагностикой	Итоговые результаты 3-этапного алгоритма восстановительного лечения больных ( $n_{\text{общ}}=1119$ ) миелопатиями за пятилетний срок проведения исследования
1. Сагиттальный размер позвоночного канала	Восстановление у 88,1% ( $n=986$ , $p<0,05$ ) пациентов нормальных размеров (более 0,9 см) позвоночного канала на уровне шейного отдела позвоночника за счет купирования одной из причин дискомедуллярного конфликта – резекции гипертрофированной желтой связки с последующим достижением клеточного дегидратационного эффекта на этапе талассолечения или бальнеопроцедур с использованием Мацестинских источников или галогенсодержащих природных минеральных вод Сочи и Геленджика.
2. Динамика исходных (до лечения) дегенеративных и дистрофических изменений межпозвоночных дисков	Суммарная коррекция у 87,8% ( $n=983$ , $p<0,05$ ) пациентов патологических процессов в межпозвоночных дисках в виде протрузий и грыж (как частично, так и свободно выпавших) на уровне ПДС С II-С III; С III-С IV; С IV-С V; С V-С VI; С VI-С VII.
3. Деформация дурального мешка у больных с изучаемыми нозологическими формами миелопатий	Купирование у 96,8% ( $n=1084$ , $p<0,05$ ) наблюдаемых пациентов (в рамках оперативного вмешательства в нейрохирургическом отделении Кисловодской клиники с последующим задействованием на стационарном этапе реабилитации в названном ЛПУ лазертерапии и нарзанных ванн) компрессирующего влияния на дуральный мешок таких клинических проявлений спондилеза, спондилоартроза, как краевые костные разрастания на уровне межпозвоночных отверстий заинтересованного ПДС.
4. Локальное кифозирование на уровне заинтересованного ПДС (позвоночно-двигательного сегмента)	Устранение у 28,3% ( $n=317$ , $p<0,05$ ) больных (с помощью оперативного вмешательства в клинике вертеброневрологии г. Кисловодска и последующего использования в здравницах Сочи и Геленджика авторских схем псаммотерапии и морских процедур, представленных в таблице 2) имевших ранее проявлений локального кифоза на уровне ПДС С IV-С V, С V-С VI с углом более 11 градусов.
5. Очаги повышенного МР-сигнала в тканях спинного мозга (на уровне поражения)	Снижение на 38,5% ( $n=387$ , $p<0,05$ ) изначально выявленных у 69,3% больных ( $n=776$ , $p<0,05$ ) очагов повышенного МР-сигнала в тканях спинного мозга, свидетельствующего (на фоне прогрессивного течения заболевания) о нарушениях процессов микроциркуляции, обусловленных анамнестически: а) эпизодами микро- или макротравмы (25,3%, $n=196$ ); б) сопутствующей сердечно-сосудистой патологией (26,9%, $n=209$ ); в) болезнями эндокринной системы (26,2%, $n=203$ ); г) перенесенной нейроинфекцией (21,6%, $n=168$ ).
6. Ведущие характеристики МР-ангиографии позвоночных артерий	Изначально МР-ангиографическая диагностика у 53,7% больных миелопатиями ( $n=601$ , $p<0,05$ ) непрямолинейности хода, т.е. патологической извитости позвоночных артерий в сочетании с явлениями гипоплазии. В результате 5-летнего лечения по авторским схемам на базах исследования у 255 пациентов (42,4%) на повторной МР-ангиографии произошло уплощение угла (на 11-15 градусов) изначально патологической извитости позвоночных артерий (на уровне поражения), что свидетельствует о процессе частичного восстановления в них линейного хода кровотока.

лечения. В частности, достаточно высокий процент ( $n=1084$  при  $p<0,05$ , т.е. 96,8%) наблюдаемых пациентов в результате предложенных технологий восстановительного лечения освободился от компрессирующего влияния на дуральный мешок при оперативном удалении краевых костных разрастаний на уровне межпозвоночных отверстий заинтересованного позвоночно-двигательного сегмента (ПДС). Подобные результаты находились в прямой корреляционной связи с показателями УЗДГ, что представлено в табл. 2. По свидетельству данных этой таблицы, 83-85% наблюдаемых пациентов из групп А и В, т.е. больных миелопатиями, поступавших в 2003-2008 годах на восстановительное лечение в Кисловодскую клинику вертеброневрологии СГМА, имели такие характерные отклонения от нормы, каковым является ангиоспазм позвоночных артерий и артерий верхних конечностей. Одновременно асиммет-

рия кровотока по этим артериям в названных группах пациентов имела достаточный разброс и колебалась в рамках 72-92% больных. Проводимая восстановительная терапия в нейрохирургическом и неврологическом отделениях Кисловодской клиники вертеброневрологии оказалась достаточно эффективной, поскольку число больных с явлениями ангиоспазма позвоночных артерий снизилось при выписке из названной специализированной клиники в 4,3 раза, а с явлениями ангиоспазма артерий верхних конечностей – почти в 5 раз, хотя в процентном исчислении подобные пациенты даже при выписке составляли 16-20% от общего числа наблюдаемых. Все больные миелопатиями в течение 1 года после выписки из клиники отправлялись (согласно задачам поставленного исследования) в здравницы черноморского побережья России, где проходили талассолечение, а также бальнео- и физиотерапию

Таблица 2.

Динамика результатов ультразвукового доплерографического обследования больных миелопатиями (до и после их восстановительного лечения на базах исследования)\*.

Характеристики УЗДГ ( $p<0,05$ ) у больных с указанными в табл. 1 формами миелопатий	Группа А		Группа В		Группа С	
	Этап консервативного лечения в клинике вертеброневрологии ( $n=427$ , $p<0,05$ )		Постоперационная реабилитация в Кисловодской клинике ( $n=278$ , $p<0,05$ )		Санаторный этап лечения в здравницах Сочи и Геленджика ( $n=414$ , $p<0,05$ )	
	до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после
1. Асимметрия кровотока по позвоночным артериям	72,4% (309)	27,4% (117)	73,0% (203)	28,4% (79)	47,3% (196)	7,9% (33)
2. Асимметрия кровотока по артериям верхних конечностей	92,7% (396)	28,5% (122)	94,2% (262)	29,1% (81)	49,0% (203)	8,2% (34)
3. Явления ангиоспазма позвоночных артерий	83,6% (357)	19,2% (82)	89,2% (248)	20,1% (56)	33,3% (138)	2,8% (12)
4. Явления ангиоспазма артерий верхних конечностей	85,2% (364)	16,6% (71)	85,9% (239)	18,7% (52)	29,7% (123)	2,1% (9)

\*) Примечание: у одного пациента диагностировали отклонения от нормы в 68,4% двух и более характеристик ультразвуковой доплерографии.

на фоне специального курса ЛФК, что в итоге позволило снизить в названных группах больных ангиоспастические явления до 2,1-2,8% от общего числа наблюдений. Вместе с тем асимметрия кровотока по позвоночным артериям, а также асимметрия кровотока по артериям верхних конечностей колебалась при ультразвуковом доплерографическом обследовании больных миелопатиями на санаторно-курортном этапе их восстановительного лечения (в завершающий период) в пределах 7,9-8,2%. Названное коррелировало с данными МР-ангиографии, что представлено в пункте 6 табл. 1, когда изначальная МР-ангиографическая диагностика выявила у 53,7% больных миелопатиями (n=601, p<0,05) непрямолинейность хода, т.е. патологическую извитость позвоночных артерий в сочетании с явлениями гипоплазии. В результате 5-летнего лечения по авторским схемам на базах исследования у 255 пациентов, т.е. у 42,4% на повторной МР-ангиографии произошло уплощение угла (на 11-15 градусов) изначальной патологической извитости позвоночных артерий (на уровне поражения), что свидетельствует о процессе частичного восстановления в них линейного хода кровотока. Одновременно с этим очаги повышенного МР-сигнала в тканях спинного мозга (на уровне поражения) снизились на 38,5% (n=387, p<0,05) от числа изначально выявленных у 69,3% больных (n=776, p<0,05) подобных очагов повышенного МР-сигнала в тканях спинного мозга, свидетельствующего (на фоне прогрессивного течения заболевания) о нарушениях процессов микроциркуляции, обусловленных анамнестически: а) эпизодами микро- или макротравмы (25,3%, n=196); б) сопутствующей сердечно-сосудистой патологией (26,9%, n=209); в) болезнями эндокринной системы (26,2%, n=203); г) перенесенной нейроинфекцией (21,6%, n=168).

## ВЫВОДЫ

1. Научные доказательства оптимизации показателей объективного состояния здоровья и субъективного самочувствия больных миелопатиями (до и после предложенного восстановительного лечения) базировались на внедрении верифицированных (т.е. подтверждающих статистически достоверную истинность теоретических предположений опытным путем) методов своевременной диагностики указанной патологии, что позволило (при МР-ангиографии) изначально выявить у 53,7% больных миелопатиями (n=601, p<0,05) непрямолинейность хода, т.е. патологическую извитость позвоночных артерий в сочетании с явлениями гипоплазии. В результате 5-летнего лечения по авторским схемам на базах исследования у 255 этих пациентов, (42,4%) на повторной МР-ангиографии произошло уплощение угла (на 11-15 градусов) изначальной патологической извитости позвоночных артерий (на уровне поражения), что свидетельствует о частичном восстановлении в них линейного хода кровотока.

2. Процесс стационарной реабилитации в вертеброневрологической клинике больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу миелопатий, рекомендуется подразделять на: а) этап первичной реабилитации в течение 1-7 дней после операции; б) этап повторной реабилитации в стационаре специализированной вертеброневрологической

клиники (через 4-5 мес. после оперативного вмешательства). При этом на этапе А целесообразно использование магнито-инфракрасно-лазерного отечественного аппарата «РИКТА» для отпуски процедуры по проекции послеоперационного шва по методике Ф.Я. Хайруллина (2002), либо паравертебрально (по ходу заинтересованных нервных стволов) при использовании методики В.С. Улащика (2003); применение ЛФК-процедур по щадящей методике Р.А. Дмуховского и соавт. (2003), а также массажа верхних и нижних конечностей. Особо на этапе первичной реабилитации (в течение 1-7 дней после оперативного лечения, например, междужкового удаления грыжи диска поясничного отдела позвоночника с задним межтеловым спондилодезом титановым кейджем) следует уделять внимание медикаментозной активации системы антиоксидантной защиты (АОЗ), клеточных механизмов антигипоксического и детоксицирующего воздействия у постоперационных больных путем назначения препаратов нейропротективной терапии (реамберина, кронассиала) и при необходимости полусинтетических антибиотиков группы цефалоспоринов III поколения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Карлов В.А. Терапия нервных болезней: (Руководство для врачей). – М.: «Шар», 1996. – 653 с.
2. Карлов В.А. Механизмы боли при корешковой компрессии // Журн. неврологии и психиатрии. – 1997. – № 3. – Т. 97. – С. 4-6.
3. Лиев А.А., Апакидзе Т.В., Коваленко В.В., Покровский В.Н. Лазерная терапия миофасциальных люмбоишиалгических синдромов (методические рекомендации). – Кисловодск, 1996. – 20 с.
4. Лиев А.А. Вертеброневрологическая клиника в комплексе реабилитации больных с вертеброгенными заболеваниями нервной системы // Материалы научно-практической конференции, посвященной 75-летию Новокузнецкого ГИДУВа и 10-летию кафедры мануальной терапии, рефлексотерапии и неврологии. Тез. док. – Новокузнецк: Издательство ИПК, 2002. – С. 355-359.
5. Ситель А.Б., Авакян Г.Н., Белицкий А.С. Электронейромиографический контроль сегментарных структур спинного мозга при лечении больных с компрессионными синдромами поясничного остеохондроза // Актуальные вопросы артровертеброневрологии: Материалы докл. конф. – Новокузнецк, 2002. – С. 41-43.
6. Соловьева Э.Ю. Дорсопатия: сочетанное применение дексалгина и кимесила в стадии обострения дорсопатий // Врач. – 2007. – № 3. – С. 67-71.
7. Трефилов П.П. Комплексное физиотерапевтическое лечение больных с цервикальной миелопатией // Физиотерапевтическая практика. – 2004. – № 1. – С. 77-79.
8. Федин А.И. Дорсопатии (классификация и диагностика) // Российский научный журнал. – 2004. – № 1. – С. 72-78.

## РЕЗЮМЕ

Предложены и апробированы оригинальные технологии восстановительного лечения больных спондилогенными цервикальными миелопатиями на трех этапах реабилитации. В частности, на консервативном этапе в неврологическом отделении специализированной вертеброневрологической клиники г. Кисловодска использовались инновационные методики мануальной коррекции по А.А. Лиеву (ишемическая компрессия, акупрессура, релиз (release) - феномен, протяжка фасции, мобилизационные методики и др.), прогрессивные методы экстракорпоральной терапии, локальная криотерапия, белые скипидарные ванны, аквааэробика и др. приемы ЛФК по индивидуальным режимам. Послеоперационная реабилитация с использованием магнито-инфракрасно-лазерного отечественного аппарата «РИКТА» для достижения антигипоксического и детоксицирующего воздействия у постоперационных больных, перенесших междужковое удаление грыжи диска, малоинвазивную холодно-плазменную нуклеопластику или чрескожную пульподекомпрессию. На завершающем (санаторном) этапе реабилитации в здравницах Сочи и Геленджика (не ранее 5-6 мес. после оперативного вмешательства) для достижения миорелаксирующего эффекта использовалась наша технология щадящего дозирования морских процедур и гелиотерапии, а лимфодренирующий терапевтический эффект обеспечивался индивидуальными питьевыми режимами назначения природных лечебных минеральных вод «Геленджикская» и «Пластунская», содержащих одновалентные галогены (фтор или йод) в виде специфических компонентов.

## ABSTRACT

In the article it is offered and approved original techniques in restorative treatment of patients with cervical spondylosis myelopathies within three stages of rehabilitation. In particular, at the conservative stage in the neurology unit of a specialized vertebro-neurological clinic in Kislovodsk there were used innovation methods of manual correction by A.A.Liev (ischemic compression, acupressure, release-phenomenon, fascia stretching, mobilization techniques, and others), progressive methods of extracorporeal therapy, local cryotherapy, white turpentine baths, aqua-aerobics and other ways of remedial gymnastics according to individual regimens. Postsurgical rehabilitation with the use of magnetic-infrared-

laser Russian apparatus "RIKTA" to reach antihypoxic and detoxic effect on patients operated on intervertebral arch removal of disc herniation, minimally invasive cold-plasma nucleoplastics or skin-through pulp decompression. At the final (spa) stage of rehabilitation in Sochi and Gelendjik health resorts (not earlier than 5-6 months since surgical operation) in order to reach mio-relaxing effect there were used our technology of sparing dosage of thalasso procedures and heliotherapy, while lymph drainage therapeutic effect was provided for with individual schedules of consumption of natural mineral waters "Gelendjikskaya" and "Plastunskaya" which contain one-valent halogens (fluorine and iodine) as specific components.

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У БОЛЬНЫХ ПРИ ДИСКРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

УРАКОВА Т. Ю., к.м.н., зав. отд. восстановительной медицины,

ДАУТОВ Ю.Ю., д.м.н., профессор, главный врач

ЛЫСЕНКОВ С.П., д.м.н., профессор, зам. главного врача

ЛЫСЕНКОВА Н.С., к.м.н., врач

ООО «Центр Здоровья», Адыгея, г. Майкоп [sergey-prof@mail.ru](mailto:sergey-prof@mail.ru)

## АННОТАЦИЯ

Исследование пожилых лиц с дисциркуляторными изменениями в мозге показало, что у большинства из них имеются различные психологические расстройства, которые формируются и усугубляются неадекватными адаптационными реакциями. Среди немедикаментозных методов реабилитации эффективной оказалась разгрузочно-диетическая терапия.

**Ключевые слова:** пожилой возраст, дисциркуляторная энцефалопатия, разгрузочно-диетическая терапия, адаптация.

## ВВЕДЕНИЕ

Наиболее частым проявлением сосудистой патологии у пожилых считается дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ). Несмотря на достаточное количество исследований по изучению сосудистой и дегенеративной патологии у пожилых многие вопросы до настоящего времени остаются неясными [1].

Хронические прогрессирующие формы церебральной недостаточности сосудистой этиологии традиционно обозначаются в отечественной литературе термином дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) [2]. Патогенез ДЭ является весьма сложным и связан как с хронической гипоперфузией головного мозга, так и с повторными острыми нарушениями мозгового кровообращения, а также в ряде случаев — с ликвородинамическими нарушениями и вторичным нейродегенеративным процессом [3,4,5].

При ДЭ когнитивные расстройства сочетаются с эмоциональными расстройствами, прежде всего в виде депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств [6], так как нарушаются связи лобных и подкорковых структур (феномен разобщения). Механизм формирования разобщения связывается, в первую очередь, с артериальной гипертензией. Хроническая неконтролируемая артериальная гипертензия приводит к вторичным изменениям сосудистой стенки с последующим развитием атеросклероза, физиологической реактивности сосудов.

Для нас представляется интересным исследование состояния адаптационных возможностей у пожилых с ДЭ.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами обследовано 100 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (группа активного вмешательства) в условиях Республиканского пансионата инвалидов и пожилых г. Майкопа.

В группе больных мужчин было 39 (39%), женщин — 61 (61%). Возраст обследованных от 60 до 74 лет. В обследование было включено также 50 практически здоровых лиц.

Все больные с ДЭ прошли комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование в условиях стационара и были разделены по степени тяжести на три группы.

Психологический статус исследовался с помощью сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ), представляющего собой сокращенный вариант теста MMPI [7]. СМОЛ позволяет оценить степень выраженности психологических изменений, особенности психопатологического профиля больных с ДЭ, а также динамику этих показателей в процессе наблюдения и лечения.

При наличии артериальной гипертензии степень болезни определяли в соответствии с рекомендациями ВОЗ/МОГ (1999).

Адаптационные реакции у пожилых определялись в соответствии с рекомендациями Гаркави Л.Х. с авт. [8].

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В целом больные ДЭ для активного вмешательства в психологическом плане представляли собой достаточно однородную группу, для которой характерны такие психологические особенности, как эмоциональная неустойчивость, невротизм, ригидность, раздражительность, внутренняя напряженность, тревожность, ипохондрическая настроенность, депрессивное состояние.