

РЕЗЮМЕ

У больных, излеченных от рака щитовидной железы и находящихся в периоде стойкой ремиссии, снижена стрессоустойчивость, поэтому для возврата к активной, полноценной жизни, эти больные нуждаются в психокоррекционной помощи.

АБСТРАКТ

At the patients who are cured of a cancer of a thyroid gland and being in the period of proof remission, stability to stress, therefore for return to an active, high-grade life is lowered, these patients require the psychocorrectional help.

Keywords: stress, social adaptation, stability to stress, the correlation analysis, psychological training.

Контакты

Афанасьева Зинаида Александровна, д.м.н., доцент, ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (ректор профессор К.Ш.Зыятдинов), г. Казань, ул. Муштари, д.11, тел. 8(843)238-54-13, z-afanasieva@mail.ru;

Сибгатуллина Ирина Фагимовна, д.п.н., профессор, Институт развития образования Республики Татарстан (ректор профессор Р.Ф.Шайхилесламов), г. Казань, ул. Б.Красная, д.68, оф.212, 8(843)236-67-88, dr-irena@yandex.ru;

Федоренко Марина Владимировна, старший преподаватель кафедры психологии, Татарский государственный гуманитарно-педагогический университет (ректор профессор Р.Р.Замалетдинов), г. Казань, ул. Татарстан, д.2, 8(843)292-08-02, fedorenko60@mail.ru. Gulic tam ternum vem quidit, vit, nontess ilistraecre teme es publius,

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ВОЛН КОНЦЕНТРИРОВАННОГО ИМПУЛЬСНОГО СВЕТА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

УДК 616-08-035

Хамидова З. Н., к.м.н., доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии

Тухтаев К. Т., ординатор аллергологического отделения.

Жабборова З. Б., старший преподаватель, ординатор пульмонологического отдела.

Бухарский государственный медицинский институт.

Бухарская областная клиническая больница №1. Узбекистан.

Введение.

Частота распространения бронхиальной астмы (БА) в последние десятилетия прогрессивно увеличивается во всех странах мира. Бурная эволюция этой патологии широко исследуется, но причины роста заболеваемости до сих пор окончательно не изучены и нуждаются в уточнении [3]. О тяжести процесса можно судить не только по симптоматике, но и по объективным показателям, отражающим легочную функцию. Исследования легочной функции имеют решающее значение для диагностики и оценки тяжести астмы. Также они позволяют произвести непрямую оценку гиперреактивности дыхательных путей [2,3]. Среди методов немедикаментозной терапии воздействующих на патогенетические звенья БА и механику дыхания особое место занимает фототерапия, а именно: применение электромагнитных волн импульсного концентрированного солнечного света (ИКСС) от аппарата «ГТУ-1». Учитывая, что ИКСС проводится только в ясные солнечные дни, разработана новая светолечебная установка «СЛУ-2» физикотехническим институтом АН РУз, позволяющая в любое время года и суток использовать электромагнитные волны концентрированного импульсного света (КИС) для лечения БА. Доказано противовоспалительное, противоотечное, спазмолитическое, обезболивающее действия ИКСС [1].

Целью данной работы явилась оценка динамики функциональных показателей дыхания после применения электромагнитных волн КИС у больных БА.

Материалы и методы исследования.

На базе БухГосМИ и НИИ УР и ФТ 1С РУз в отделении аллергологии было проведено обследование и лечение 40 больных с диагнозом БА I-II степени активности. Диагноз больных верифицирован современными методами исследования. Возраст больных варьировал от 20 до 65 лет. Все больные были разделены на 2 группы. I группу составили 20 больных, получавшие КИС на фоне базисной терапии, а II группу (контрольную) составили 20 больных, не получавшие КИС. Электромагнитные волны КИС с длиной волны видимых и инфракрасных лучей равной 600-2000 нм отпускали от аппарата «СЛУ-2» с частотой импульсов от 30

до 40 в минуту, воздействию лучей подвергалась область спины, проекция корней легких. Начинали с 6 минут, прибавляя по 2 минуты ежедневно, 1 раз в день, довели до 20 минут и затем уменьшали по 2 минуты, доводя до исходных 6 минут, на курс 14-16 процедур. Степень бронхиальной обструкции исследовалась методом спирометрии на приборе «Медикор» фирмы «Электромедика», а также измеряли пиковую скорость выдоха ежедневно утром и вечером индивидуальным пикфлоуметром. Изучали следующие показатели функции внешнего дыхания (ФВД): форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), максимальную объемную скорость в бронхах крупного калибра (МОС 25), максимальную объемную скорость в бронхах среднего калибра (МОС 50), максимальную объемную скорость в бронхах мелкого калибра (МОС 75).

Результаты и обсуждение.

Уже к 3-4 дню лечения у пациентов, получавших КИС, отмечали положительную динамику: уменьшались кашель, одышка, улучшалось отхождение мокроты с дальнейшим прекращением их к концу курса лечения по сравнению с контрольной группой. Исходные показатели бронхиальной проходимости по данным пикфлоуметрии (табл.1) у больных БА в обеих группах были снижены по сравнению с должными величинами.

Таблица 1. Показатели пикфлоуметрии у больных БА в динамике лечения

Показатель	1 группа n-20		Должные величины	2 группа n-20		Должные величины
	До лечения	После лечения		До лечения	После лечения	
Пикфлоуметрия л/мин	348,0±5,6	428,4±3,3	434,4±2,2	330,4±6,2	370,0±3,3	424±1,8

Как видно из таблицы 1, динамические сдвиги показателей пикфлоуметрии наблюдались начиная со второй процедуры КИС достоверно улучшились, а в конце курса лечения приближались к должным величинам. Это сви-

детельствует об уменьшении отека слизистой бронхов и уменьшении окклюзии их слизи, что способствует увеличению бронхиальной проходимости. Исходные показатели бронхиальной проходимости по данным ФВД (табл.2) у всех больных в обеих группах были снижены по сравнению с должными величинами.

Таблица 2. Показатели ФВД у больных БА в динамике лечения КИС

Показатели	1-я группа n-20			2 группа n-20		
	До лечения	После лечения	P≤1	До лечения	После лечения	P≤1
ФЖЕЛ %	71,1±1,12	75,1±1,34	0,02	73,7±0,96	76,5±1,73	-
ОФВ 1%	56,1±1,49	61,0±1,49	0,02	60,5±1,88	61,6±1,58	-
МОС 25%	56,0±1,79	61,3±2,13	0,05	60,1±1,39	62,0±1,89	-
МОС 50%	52,8±1,45	57,1±1,66	0,05	57,6±1,96	58,8±2,2	-
МОС 75%	45,8±1,66	50,7±1,88	0,05	49,7±1,49	51,0±1,94	-

ЛИТЕРАТУРА

1. Убайдуллаев А.М., Якимов М.А. и др. Хронические обструктивные заболевания легких. Методические рекомендации. Т. 1998, -10 с.
2. Маджидов Н.М., Садыкова Г.А. и др. Импульсный концентрированный солнечный свет в лечении больных хроническим бронхитом в условиях жаркого климата. Методическая рекомендация. Т. 1987.8 с.
3. Овчаренко С.И. Хронический обструктивный бронхит: клиника, диагностика, лечения. // Клиническая медицина. М. 1997. 6. С.53-57.

РЕЗЮМЕ

С целью оценки динамики функциональных показателей дыхания после применения электромагнитных волн концентрированного импульсного света (КИС) у больных бронхиальной астмой (БА) проведено обследование и лечение 40 больных с диагнозом БА I-II степени активности. Больные были разделены на 2 группы. I группу составили 20 больных, получавшие КИС на фоне базисной терапии, а II группу (контрольную) составили 20 больных не получавшие КИС. Уже к 3-4 дню лечения у пациентов получавших КИС отмечали положительную динамику: уменьшались кашель, одышка, улучшалось отхождение мокроты с дальнейшим прекращением их к концу курса лечения по сравнению с контрольной группой. Это свидетельствует об уменьшении отека слизистой бронхов и окклюзии их слизи, что способствует увеличению бронхиальной проходимости.

Ключевые слова: бронхиальная астма, бронхиальная проходимость, обструкция, концентрированный импульсный свет, пикфлоуметрия, форсированная жизненная емкость легких.

SUMMARY

For the purpose of an estimation of dynamics of functional indicators of breath after application of electromagnetic waves of concentrated pulse light (CPL) at sick the bronchial asthma (BA) carries investigation and treatment of 40 patients with diagnosis BA I-II of degree of activity. Patients have been divided into 2 groups. I group was made by 20 patients receiving CPL against basic therapy, and II group (control) was made by 20 sick not receiving CPL. By 3-4 day of treatment at patients of receiving CPL marked positive dynamics: cough, a short wind decreased, improved ot-hozhazheniye mokrouty with their further termination by the end of course of treatment in comparison with control group. It testifies to reduction of a hypostasis mucous bronchial tubes and okklyuzii their slime that promotes increase in bronchial passableness.

Keywords: the bronchial asthma, bronchial passableness, the obstruction, concentrated pulse light, picflowmetryia, forced vital capacity of lungs.

Контакты:

Жарылкасынова Г.Ж. г.Бухара. Проспект Навои, 27/28, gavhar72@inbox.ru



КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАКЦИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

УДК 615.847.8:615.849.19:615.825.65:616.721.1

О.Г. Омочев¹, Г.Е. Иванова²

¹ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»

Кафедра немедикаментозной терапии и УВ

²ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава»

Кафедра реабилитации, спортивной медицины и физической культуры с курсом физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины ФУВ

Аннотация

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики клинических симптомов пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями, осложненными грыжами межпозвонковых дисков при применении сочетанного одновременного воздействия магнитолазерной терапии и механической тракции.

Ключевые слова: дегенеративно-дистрофические заболевания, межпозвонковая грыжа, магнитолазерная терапия, механическая тракция.

Введение.

Научное обоснование немедикаментозных технологий для повышения функциональных резервов больных с социально-значимыми соматическими заболеваниями, особенно сопровождающимися болевым синдромом, составляет одно из важных и перспективных направлений восстановительной медицины.

Наиболее выраженные клинические проявления, обусловленные дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника, наблюдаются в период активной трудовой деятельности и представляют собой одну из самых частых причин временной нетрудоспособности. Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника встречаются в различных вариантах: деформирующий спондилез, спондилоартроз, остеохондроз диска, фиброз диска, остеопороз позвоночника, включая гормональную спондилопатию, и их сочетание. Каждый из этих видов патологии составляющих позвоночника имеет свои особенности в патогенезе поражения нервной системы. Главными патогенетическими факторами являются: компрессионные механизмы и рефлекторные влияния, сопровождающиеся воспалительным процессом, микроциркуляторными расстройствами и их сочетанием. Совокупность этих процессов с клинической точки зрения можно представить как синдромы компрессионного поражения пояснично-крестцовых корешков и рефлекторные: миофасциальные, мышечно-тонические, поражение связочного и суставного аппарата позвоночника [1,3]. Наиболее часто в клинической практике встречаются рефлекторные болевые синдромы (около 85% больных с болями в спине) [6]. Особенности болевых синдромов поясничного отдела позвоночника – сочетание рефлекторных мышечно-тонических и миофасциальных синдромов с изменениями в эмоциональной сфере, способствующими хронизации состояния. Наряду с другими причинами в части случаев именно этот фактор создает основные интригующие моменты патогенеза поясничных болей: отсутствие корреляции между выраженностью дегенеративных изменений и болевого синдрома; отсутствие корреляции болевого синдрома с размером и локализацией межпозвонковой грыжи; рецидивирующее течение при сохранности патологических изменений анатомических структур.

Боли в спине чаще всего вызваны остеохондрозом позвоночника – дегенеративным поражением хряща межпозвонкового диска и реактивными изменениями со стороны тел смежных позвонков. Поражение межпозвонкового диска возникает вследствие его повторных травм (подъем тя-

жести, избыточная статическая и динамическая нагрузка, падения и др.) и возрастных дегенеративных изменений. Студенистое ядро, центральная часть диска, высыхает и частично утрачивает амортизирующую функцию. Фиброзное кольцо, расположенное по периферии диска, истончается, в нем образуются трещины, к которым смещается студенистое ядро, образуя выпячивание (пролапс), а при разрыве фиброзного кольца – грыжу. В пораженном позвоночном сегменте возникает относительная нестабильность позвоночника, развиваются остеофиты тел позвонков (спондилез), повреждаются связки и межпозвонковые суставы (спондилоартроз) [2]. Грыжи межпозвонковых дисков наиболее часто возникают в нижних поясничных дисках, реже – в нижних шейных и верхних поясничных, крайне редко – в грудных. Кроме компрессионных синдромов, возможны рефлекторные (мышечно-тонические), которые обусловлены импульсацией из рецепторов в ответ на изменения в дисках, связках и суставах позвоночника. Рефлекторные синдромы остеохондроза позвоночника возникают в течение жизни почти у каждого человека, компрессионные развиваются значительно реже. Рефлекторное напряжение мышц вначале имеет защитный характер, поскольку приводит к иммобилизации пораженного сегмента, однако в дальнейшем становится фактором, поддерживающим боль. Другая частая причина болей в спине и конечностях – миофасциальные боли, вызванные формированием так называемых триггерных зон в мышцах и/или связанных с ними фасциях. Триггерные зоны возникают под влиянием мышечного напряжения и часто на фоне остеохондроза позвоночника. При воздействии на них – растяжении, сдавлении, пальпации – возникает боль, что определяет диагноз. Для установления причины болей в спине необходимо тщательное обследование больного, включающее выяснение жалоб, сбор анамнеза, соматическое и неврологическое обследование, а также дополнительные исследования. При сборе жалоб и анамнеза необходимо выяснить: – локализацию и иррадиацию боли; – зависимость боли от положения тела и движения в позвоночнике; – перенесенные травмы и заболевания (злокачественные новообразования и другие); – эмоциональное состояние, причины для симуляции или агравации. При неврологическом обследовании следует оценить эмоциональное состояние больного, определить, имеются ли парезы, расстройства чувствительности, выпадение рефлексов, исследовать подвижность позвоночника, объем движений конечностей, определить локальную болезненность в спине и ноге. Дополнительные исследования: 1) рентгенография позвоночника в нескольких проекциях, 2) компьютерная рентгеновская томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) позвоночника, 3) реовазография, 4) электромиография, 5) тепловизионная термометрия. Диагноз рефлекторных и компрессионных осложнений остеохондроза основывается на клинических данных. Для люмбаго (поясничного прострела) характерна резкая, простреливающая боль в пояснице, которая обычно развивается при физической нагрузке (подъем тяжести и др.) или неловком движении. Больной нередко застывает в неудобном положении, попытка дви-

жения приводит к усилению боли. При обследовании выявляют мышечно-тонический синдром: напряжение мышц спины, обычно сколиоз, уплощение поясничного лордоза, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника. Для люмбагии (боль в спине) и люмбаишалгии (боль в спине и по задней поверхности ноги) характерны боли, возникающие после физической нагрузки, неловкого движения или переохлаждения. Боли носят ноющий характер, усиливаются при движениях в позвоночнике, определенных позах, ходьбе. При обследовании выявляют мышечно-тонический синдром без парезов, расстройств чувствительности и выпадения рефлексов. Радикулопатия поясничных и первого крестцового корешков проявляется острой простреливающей болью в пояснице и ноге. При обследовании больного, кроме мышечно-тонического синдрома, выявляют чувствительные, рефлекторные и реже двигательные нарушения в зоне пораженного корешка. Чаще поражаются пятый поясничный (L5) и первый крестцовый (S1) корешки, реже четвертый поясничный корешок и очень редко верхние поясничные корешки. Рассматриваемая патология отличается длительным, рецидивирующим течением, нередко неудовлетворительным прогнозом, несмотря на интенсивное комплексное лечение с применением дорогостоящего диагностического и лечебного оборудования и современных медикаментозных средств.

Из вышесказанного следует, что поиск новых эффективных мер профилактики, лечения и реабилитации больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, осложненных грыжами межпозвонковых дисков имеет важное значение для современной восстановительной медицины, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Материал и методы исследования.

В основу исследования внесены результаты обследования и лечения 166 пациентов в возрасте от 24 до 72 лет (средний возраст $47,8 \pm 13,8$ лет). Среди обследованных было 105 (63,25%) мужчин и 61 (36,75%) женщин. Обследование и лечение было проведено на кафедре лечебной физкультуры, спортивной медицины и физического воспитания РГМУ, в Городской клинической больнице №55 (г.Москва), в Республиканской клинической больнице (г.Махачкала), Лечебно-диагностическом Центре «Гиппократ» (г.Махачкала), на кафедре немедикаментозной терапии и УВ Даггосмедакадемии.

Участвующие в исследовании пациенты были распределены на четыре группы: 1 (А) группа (n=47) в лечении использовалось магнитолазерное излучение; 2 (Б) группа (n=47) – в лечении использовались механические тракции позвоночника; 3 (В) группа (n=47) – в лечении использовалось сочетанное одновременное воздействие магнитолазерного излучения и механические тракции позвоночника; в 4 (К) группе (n=25) – применялось общепринятое медикаментозное лечение (обезболивающие, нестероидные противовоспалительные, вазоактивные, рассасывающие, метаболические, противоотечные, витамины группы В) в обычных терапевтических дозах.

По роду профессиональной деятельности 57 (34,34%) обследованных имели профессию, связанную с тяжелым физическим трудом, 109 (65,66%) – по своей профессиональной занятости занимались трудом, не связанным с тяжелой физической работой.

Продолжительность заболевания у 74 (44,58%) больных составляла от 6 мес до 2х лет, более 2х лет наблюдалось у 59 больных (35,54 %), и менее 6 месяцев у 32 больных (19,28%).

Распределение больных по активности процесса составило в остром периоде у 60 больных (36,14 %), подостром периоде 62 пациента (37,35%) и в хроническом течении заболевания у 44 больных (26,51%).

Обследование больных включало клиническое неврологическое исследование. При неврологическом исследовании прежде всего обращали внимание на сухожильные и периостальные рефлексы на нижних конечностях, нарушения чувствительности в соответствующих сегментах, на силу и тонус мышц, наличие и выраженность симптомов натяжения, болезненность при пальпации паравер-

тебральных точек, боли в пояснично-крестцовой области, болезненность при пальпации остистых отростков, болезненность при пальпации по ходу нервных стволов, боли в пояснично-крестцовой области.

Больные, как правило, жаловались на боль в поясничном участке и нижних конечностях, чаще – по внешней или задней поверхности бедра, голени, внешней или внутренней поверхности ступни. Часто боль локализовалась в поясничном участке с привлечением одной нижней конечности; реже – в поперечных участках и обеих нижних конечностях. У многих пациентов боль была выраженная, усиливалась во время походки, физического напряжения, движения, кашля. Интенсивность боли зависела также от положения больного.

Наиболее частыми проявлениями болезни были боли в пояснично-крестцовой области позвоночника – у 166 больных (100%); боли, иррадиирующие в нижние конечности определялись у 86 обследованных (51,81 %); болезненность при пальпации остистых отростков отмечалась у 157 пациентов (94,58 %); болезненность при пальпации паравертебральных точек имела у 94 больных (57,63 %); болезненность по ходу нервных стволов присутствовала у 96 больных (57,83%).

Исследование больных по степени болевого синдрома (по И.П.Антонову) выявило, что у 55 (33,13%) больных имелся болевой синдром I степени, синдром II степени наблюдался в 55 случаях (33,13 %), III степени – в 42 (25,30%) наблюдениях и IV степени – у 14 (8,43%) больных.

У всех больных выявленные корешковые синдромы, чаще всего проявлялись при повреждении корешка S₁ (в 26,51% наблюдений), при повреждении корешка L_v (в 15% наблюдений), при повреждении корешков L_{iv} и L_v – в 39%, а также при повреждении корешка L_{iv} (в 16,87% наблюдений), при повреждении корешков L_i – L_{iii} (в 20,48% наблюдений).

У всех 166 пациентов наблюдался рефлекторный синдром. У 137 (82,53%) больных, кроме того, был выявлен компрессионный синдром. У всех пациентов с рефлекторным синдромом наблюдался корешковый синдром, сосудистый синдром был выявлен у 75 (45,18%) больных, а спинальный – у 91 (54,82%).

Нарушения поверхностной чувствительности в виде гипестезии в области иннервации корешка S1 наблюдались у 63 (37,95%) больных, в области корешка L5 – у 89 (53,61%), в области L4 – у 23 (13,86%) пациентов. Тоническое напряжение длинных мышц спины выявлено у 133 (80,12%) больных, грушевидной мышцы – у 55 (33,13%), подвздошно-поясничной мышцы – у 40 (24,10%) пациентов. Вегетативно-трофические расстройства в виде гипотонии мышц нижних конечностей наблюдались у 48 (28,92%) больных.

Характерным было одновременное снижение болевой и тактильной чувствительности, из них часто объединялась парестезия в виде ощущения покалывания, ползания мурашек и др.; нередко парестезию проявляли даже при отсутствии нарушений чувствительности. Как правило, зоны нарушения чувствительности располагались в виде полос, которые захватывают седалищный участок, внешнюю поверхность бедра, голени, реже ступни.

У всех исследованных больных выявлены разнообразные признаки остеохондроза поясничного отдела позвоночника: склероз замыкающих пластинок, сужения межпозвонковой щели, нестабильность позвоночно-двигательных сегментов, наличие передних и задних краевых костных разрастаний (остеофитов) и др.

При рентгенологическом исследовании выявляли выпрямленность поясничного лордоза (в 86,75 %), параллелизацию покровных пластин соприкасающихся тел позвонков (в 71,69 %), «скошенность» передних тел позвонков (в 18,07 %), снижение высоты межпозвонкового диска (в 81,33 %), уплотнение (субхондральный склероз) замыкающих покровных пластин тел соприкасающихся позвонков (в 82,53 %), расширения каудальных площадок тел позвонков (в 17,47 %), боковые и передние остеофиты, которые являются продолжениями замыкающих пластинок (в 54,22 %), прозрачность задних углов тел позвонков (в 21,08%).

Данные МРТ обнаружили у больных эластичных протрузий – 119 (71,69 %), секвестрированных протрузий у 30 (18,07 %) больных, грыж – 17 (10,24 %).

Частота протрузий: медианные – 17 (10,24 %) больных, фораменальные – 32 больных (19,28 %), задне-латеральные – 15 больных (9,04 %), парамедианные – 10 больных (6,02 %), диффузные – 6 больных (3,61 %). Частота межпозвоноковых грыж у обследованных больных составляла: медианные – 15 (9,04 %), парамедианные – 24 больных (14,46 %), задне-латеральные – 17 (6,63 %); количество секвестрированных грыж у больных наблюдалось: задне-латеральные – 11 больных (6,63 %), парамедиальные – 13 больных (7,83 %), фораменальные – 6 больных (3,61 %).

Больным первой 1 группы (n=47) на область пояснично-крестцового отдела проводилась магнитолазерная терапия красного и инфракрасного диапазона лазерного излучения аппаратом «Мустанг 2000+» с лазерно-светодиодной излучающей матрицей МЛС-1 ЭФФЕКТ. Длина волны лазерного излучения составляла 0.63 и 0.89 мкм, магнитная индукция 20 мТл, мощность излучения 6-9 Вт, частота в импульсном режиме составляла 1-3000 Гц и время экспозиции 10 минут. В 2-й группе (n=47) применялось сухое вытяжение пояснично-крестцового отдела позвоночника на аппаратно-программном комплексе «Вибротракс» (нагрузка составляла 30-35 кг, время процедуры составляло 20 минут). В 3-й группе (n=47) применялось сочетанное одновременное воздействие магнитолазерной терапии и вытяжения позвоночника [4,5] – суммарное время процедуры составляло 25 минут. Курс лечения составлял 12 процедур. В 4-й группе (n=25) применялась общепринятая медикаментозная терапия с использованием обезболивающих, нестероидных противовоспалительных, вазоактивных, рассасывающих, метаболических, противоотечных, средств в обычных терапевтических дозах.

С целью определения эффективности лечения мы исследовали динамику болевого синдрома и качества жизни до и после проводимого лечения у всех 166 пациентов. Качество жизни больных оценивали по опроснику, разработанному нами на основе Oswestry Index Questionnaire. Оце-

нивались следующие показатели: выраженность болевого синдрома и купируемость его анальгетиками, способность пациента обслуживать себя, поднимать тяжести, сидеть, стоять, ходить, длительность сна, возможность и длительность прогулок, социальная и половая жизнь.

Все статистические процедуры проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica 7.0». Для выявления различий в уровне исследуемого признака в двух выборках использовались t-критерий Стьюдента для независимых выборок, F-критерий Фишера и U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения трех и более выборок применялся критерий Краскела-Уоллиса.

Результаты и их обсуждение

Согласно данным, представленным в таблице 1, в группе пациентов (В), при лечении которых использовалось сочетанное одновременное воздействие магнитолазерного излучения и механической тракции позвоночника, отмечается значительное улучшение показателей периферического кровообращения ПОК (мл) $2,2 \pm 0,3$ до $6,9 \pm 0,4$ и ОСК/100 (мл/мин/100) с $3,5 \pm 0,6$ до $7,8 \pm 0,6$ ($p < 0.05$). После курса лечения под влиянием магнитолазерной терапии и механической тракции позвоночника наблюдалось полное восстановление циркуляции крови в пораженных конечностях.

Кроме того, по нашим данным, в результате проведенного лечения в основной группе В клиническая эффективность проявлялась в уменьшении болевого синдрома (по И.П.Антонову) с $2,21 \pm 0,19$ до $1,30 \pm 0,21$ ($p < 0.05$) (таблица 2), что является значительным показателем в клинике неврологических симптомов данного заболевания. Согласно результатам исследования качество жизни больных улучшилось в значительной мере; индекс Oswestry Index Questionnaire снизился с $53,83\% \pm 3,34$ до $16,89\% \pm 5,61\%$ ($p < 0.05$) (таблица 3).

Кроме того, наблюдается выраженная положительная динамика в различных болевых синдромах у больных (Таблица № 4). Замечено, что больные после проведенного курса лечения быстрее возвращаются к активному образу

Таблица 1. Динамика показателей периферической гемодинамики нижних конечностей у больных до и после лечения

	Группа 1 (n=47)		2 Группа 1 (n=47)		3 Группа 1 (n=47)		4 Группа 1 (n=25)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ОСК/100 (мл/мин/100)	$3,6 \pm 0,6$	$5,2 \pm 0,5$	$3,4 \pm 0,40\%$	$6,5 \pm 0,4$	$3,3 \pm 0,50\%$	$6,4 \pm 0,5$	$3,5 \pm 0,6$	$7,8 \pm 0,6$
ПОК (мл)	$2,3 \pm 0,3$	$3,6 \pm 0,3$	$2,4 \pm 0,4$	$4,8 \pm 0,3$	$2,3 \pm 0,3 \pm$	$4,7 \pm 0,5$	$2,2 \pm 0,3$	$6,9 \pm 0,4$

Таблица 2. Изменение болевого синдрома по И.П. Антонову у больных до и после лечения

Группы больных	До лечения	После лечения	
Контрольная группа	$1,88 \pm 0,21$	$1,60 \pm 0,2$	$P > 0.05$
Группа А	$1,87 \pm 0,18$	$1,55 \pm 0,17$	$P > 0.05$
Группа Б	$2,30 \pm 0,23$	$2,02 \pm 0,19$	$P > 0.05$
Группа В	$2,21 \pm 0,19$	$1,30 \pm 0,21$	$P < 0.05$

Таблица 3. Динамика индекса опросника на основе Oswestry Index Questionnaire у больных до и после лечения

	1 Группа (А) (n=47)		2 Группа (Б) (n=47)		3 Группа (В) (n=47)		4 Группа (К) (n=25)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Индекс опросника на основе Oswestry Index Questionnaire	$53,89\% \pm 3,64\%$	$27,28\% \pm 4,73\%$	$53,76\% \pm 3,20\%$	$28,36\% \pm 4,45\%$	$53,83\% \pm 3,34$	$16,89\% \pm 5,61\%$	$53,80\% \pm 3,40\%$	$35,64\% \pm 4,65\%$

Таблица №4. Характеристика болевого синдрома у больных до и после лечения

	1 (А) Группа (n=47)				2 (Б) Группа (n=47)				3 (В) Группа (n=47)				4 (К) Группа (n=25)			
	До лечения		После лечения		До лечения		После лечения		До лечения		После лечения		До лечения		После лечения	
Боли в пояснично-крестцовой области	47	100,00%	21	44,68%	47	100,00%	25	100,00%	47	100,00%	10	21,28%	25	100,00%	18	72,00%
Боли, иррадиирующие в нижние конечности	17	36,17%	11	23,40%	31	65,96%	12	48,00%	26	55,32%	5	10,64%	12	48,00%	8	32,00%

	1 (А) Группа (n=47)				2 (Б) Группа (n=47)				3 (В) Группа (n=47)				4 (К) Группа (n=25)			
	До лечения		После лечения		До лечения		После лечения		До лечения		После лечения		До лечения		После лечения	
Болезненность при пальпации остистых отростков	46	97,87%	26	55,32%	46	97,87%	21	84,00%	44	93,62%	9	19,15%	21	84,00%	15	60,00%
Болезненность при пальпации паравerteбральных точек	24	51,06%	12	25,53%	26	55,32%	17	68,00%	27	57,45%	3	6,38%	17	68,00%	12	48,00%
Болезненность при пальпации по ходу нервных стволов	24	51,06%	8	17,02%	34	72,34%	11	44,00%	27	57,45%	1	2,13%	11	44,00%	7	28,00%

жизни и трудовой деятельности. Значительно сокращаются сроки лечения и временной нетрудоспособности больных.

В результате проведенного лечения отмечено благоприятное воздействие магнитолазерного излучения и вытяжение позвоночника по сравнению с другими группами, где указанные методики применялись в виде изолированного воздействия и группа с общепринятой медикаментозной терапией.

Как мы выяснили, наиболее благоприятное воздействие на степень восстановления функции пациента оказывают проведение предложенного комплекса для лечения неврологических симптомов дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника.

Итак, мы наблюдали выраженную разницу в достижении лечебного эффекта между группами пациентов, в лечении которых использовали сочетанную магнитолазерную терапию и механическую тракцию или использовали их раздельно.

Выводы

Таким образом, согласно результатам проведенного исследования, применение сочетанного одновременного воздействия магнитолазерной терапии и механической тракции позвоночника является мощным фактором в плане восстановления больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника, осложненных грыжами межпозвоночных дисков.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Богачева Л.А., Снеткова Е.П. Дорсалгии: классификация, механизмы патогенеза, принципы ведения (опыт работы специализированного отделения боли) // Неврологический журнал. - 1996. - №2. - С. 8-12.
2. Вознесенская Т.Г. Боли в спине и конечностях. В книге: Болевые синдромы в неврологической практике. Под редакцией А.М. Вейна. М. Мед. пресс. 1999. С.217-280.
3. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология. Вертеброневрология, т2, Казань, -1997.- 487 С.
4. Способ лечения неврологических проявлений грыжи межпозвоночного диска // Патент на изобретение № 2306915 от 27.09.2007 г. Соавт: Г.М.Омочев, К.Г.Махмудов
5. Способ комплексного лечения дискогенных неврологических проявлений дегенеративно - дистрофических заболеваний позвоночника // Патент на изобретение № 2357767 от 10.06.2009
6. Черненко О.А. Лечение болевых скелетно-мышечных поясничных синдромов//Рус. мед. журн. Т.8, №10.- С.408-410.

РЕЗЮМЕ:

В статье представлено клиническое обследование 166 пациентов в возрасте от 24 до 72 лет (средний возраст $47,8 \pm 13,8$ лет) с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника, осложненных грыжами межпозвоночных дисков на уровне L_1-L_{III} , $L_{IV} - L_V$, $L_V - S_1$. Выборка разбита на четыре группы: 1-я группа включает 47 пациентов, которым проводилось магнитолазерное излучение, 2-я группа (47 пациентов) получала механические тракции позвоночника, в 3 группе (47 пациентов) использовалось сочетанное одновременное воздействие магнитолазерного излучения и механической тракции позвоночника и пациенты 4 группы (25 пациентов) получали общепринятое медикаментозное лечение. Качество жизни больных оценивали по опроснику, разработанному нами на основе Oswestry Index Questionare. Оценивались следующие показатели: выраженность болевого синдрома и купируемость его анальгетиками, способность пациента обслуживать себя, поднимать тяжести, сидеть, стоять, ходить, длительность сна, возможность и длительность прогулок, социальная и половая жизнь. Было установлено, что эффективность сочетанного одновременного воздействия магнитолазерной терапии и механической тракции позвоночника превышает эффект традиционной реабилитации.

ABSTRACT:

The article presented the clinical examination of 166 patients aged from 24 to 72 years (average age $47,8 \pm 13,8$ years) with degenerative-dystrophic diseases of the lumbosacral spine, complicated by herniated disc at L_1-L_{III} , $L_{IV} - L_V$, $L_V - S_1$. The sample is divided into four groups: Group 1 includes 47 patients who underwent magnetic-radiation group 2 (47 patients) received mechanical traction of the spine, in the 3 groups (47 patients) used a combined simultaneous effects of radiation and magnetic-mechanical traction of the spine and 4 groups of patients (25 patients) received a common medication. Quality of life of patients assessed by questionnaire, developed by us based on the Oswestry Index Questionare. Monitor the following indicators: intensity of pain and analgesics relieved him, the patient's ability to serve themselves, lift weights, sit, stand, walk, sleep duration, the possibility and duration of walks, social and sexual life. It was found that the effectiveness of combined simultaneous effects magnetolaser therapy and mechanical traction of the spine than the effect of traditional rehabilitation.

Keywords: is degenerate-dystrophic diseases, an intervertebral hernia, magnetic and laser therapy, mechanical therapy.