

ABSTRACT

In the article it is offered and approved original techniques in restorative treatment of patients with cervical spondylotic 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 "Gelendjiskaya" and "Plastunskaya" which contain one-valent halogens (fluorine and iodine) as specific components.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У БОЛЬНЫХ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ 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

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 соавт. [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.

Результаты психологического тестирования больных ДЭ до начала реабилитационной программы и практически здоровых людей приведены в табл. 1.

Таблица 1.

Исходные данные теста СМОЛ у больных ДЭ и лиц контрольной группы ($M \pm m$).

Шкалы	ДЭ ($n = 100$)	Здоровые ($n = 50$)
L	54,04 $\pm$ 1,17	54,23 $\pm$ 0,72
F	57,43 $\pm$ 1,15 *	45,56 $\pm$ 0,64
K	39,42 $\pm$ 1,39	45,09 $\pm$ 0,64
1	54,68 $\pm$ 1,15	42,09 $\pm$ 0,58
2	58,17 $\pm$ 1,05 *	46,19 $\pm$ 0,60
3	56,27 $\pm$ 1,03 *	40,38 $\pm$ 0,52
4	45,32 $\pm$ 1,49	46,56 $\pm$ 0,72
6	56,03 $\pm$ 1,48 *	44,08 $\pm$ 0,76
7	33,91 $\pm$ 2,25	35,78 $\pm$ 0,44
8	40,21 $\pm$ 1,93	41,90 $\pm$ 0,82
9	41,80 $\pm$ 1,58	41,35 $\pm$ 0,78

* – достоверные различия, p

У 100 обследованных пациентов пожилого возраста АДс – 131 $\pm$ 7,0 мм рт. ст., АДд – 79 $\pm$ 6,2 мм рт. ст.

В группе активного вмешательства 27% имели реакцию тренировки, 26% – реакцию спокойной активации, 37% – реакцию повышенной активации, 3% – хронический стресс и 7% – перерактивацию.

Обследованная группа была разделена по степени тяжести дисциркуляторной энцефалопатии: при этом 1 стадию ДЭ имели 15%, 2 стадию – 62%, 3 стадию – 23%.

У лиц с первой стадией реакцию тренировки имели 8 (53,3%), реакцию спокойной активации – 4 (26%), реакцию повышенной активации – 3 (20%).

У лиц со второй стадией ДЭ реакцию тренировки зарегистрировали у 15 (24,1%), реакция спокойной активации – у 19 (30,5%), реакцию повышенной активации – у 22 (35,8%), хронический стресс – у 3 (4,8%), реакцию перерактивации – у 3 (4,8%).

В группе с третьей стадией ДЭ у 4 (17%) отмечена реакция тренировки, у 3 (13%) – реакция спокойной активации, у 12 (52,2%) – реакция повышенной активации, у 4 (17,4%) – реакция перерактивации.

Результаты ранжирования адаптационных реакций в различных группах ДЭ в зависимости от степени тяжести показаны в табл. 2.

Таблица 2.

Ранжирование различных адаптационных реакций в зависимости от степени тяжести ДЭ.

Реакция	1 степень (%)	2-я степень (%)	3-я степень (%)
Реакция тренировки	53,3	24,1	17,4
Реакция спокойной активации	26,7	30,5	13
Реакция повышенной активации	20	35,8	52,2
Реакция перерактивации	–	4,8	17,4

Отмечено уменьшение реакции тренировки от 53,3% в группе с 1 стадией до 17,4% у лиц с третьей стадией ДЭ; увеличение реакции спокойной активации от 26,7% в группе с 1 стадией ДЭ до 30,5% в группе со второй стадией с последующим уменьшением до 13%; повышение напряжения адаптационных реакций организма по изменению реакции повышенной активации отмечено у пожилых соответственно тяжести ДЭ. Так, в группе активного вмешательства

с первой стадией ДЭ зарегистрирована реакция повышенной активации у 20%, со второй стадией тяжести ДЭ – у 35,8%, с третьей стадией ДЭ – у 52,2%.

Нами проанализированы личностные особенности больных ДЭ, изъявивших желание пройти курс лечения в режиме «свободного выбора» (РСВ) методом РДТ.

Усредненный профиль, по данным СМОЛ, у лиц с ДЭ в целом был выше такового у здоровых лиц. У основной группы отмечались достоверно более высокие показатели по таким шкалам, как F (агравация; $P < 0,001$), 1-я (ипохондрическое состояние; $P < 0,001$), 2-я (тревога-депрессия; $P < 0,001$), 3-я (истерия-демонстративность; $P < 0,001$), 6-я (ригидность; $P < 0,001$). Полученные данные свидетельствуют о наличии в психологическом статусе лиц с ДЭ внутренней тревоги за состояние здоровья, склонности к уходу в болезнь, неуверенности в своих силах, тенденции к преувеличению тяжести имеющихся заболеваний. Однако не зарегистрировано превышающих 60 баллов ни по одному из проанализированных шкал.

Сочетанное применение разгрузочно-диетической терапии и поведенческой коррекции в комплексе с формированием здорового образа жизни (комплекс немедикаментозных методов реабилитации) позволяет значительно повысить эффективность лечения больных с дисциркуляторной энцефалопатией. При этом отмечено снижение выраженности ипохондриии, депрессии, демонстративности, психастении, невротических реакций.

Детоксикация организма с помощью различных вариантов РДТ в комплексе с немедикаментозными методами реабилитации является эффективным средством улучшения эндоекологии организма, метаболизма клеток и органов, активации защитно-приспособительных механизмов, направленных на улучшение качества жизни больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты показали, что у людей пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией имеют место серьезные психологические нарушения и самые различные неспецифические адаптационные реакции, что в свою очередь, требует интенсивной коррекции с помощью комплексных немедикаментозных эндоекологических реабилитационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Яхно Н.Н., Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия у пожилых // РМЖ. – Т. 10. – № 12-13. – 2002. – С. 7-13.
2. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга // Ж. невропатологии и психиатрии. – 1985. – Т. 85. – С. 192-203.
3. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия в пожилом и старческом возрасте // Автореферат дисс. докт. мед. наук. – М., 1997. – С. 32.
4. Дамулин И.В. Сосудистая деменция // Неврологический ж. – 1999. – Т. 3. – № 4. – С. 411.
5. Дамулин И.В., Орышч Н.А., Иванова Е.А. Нормотензивная гидроцефалия // Неврол. ж. – 1999. – № 4. – С. 51-56.
6. Amaducci L., Andrea L. The epidemiology of the dementia in Europe. In: A. Culebras, J. Matias Cuiu, G. Roman (eds): New concepts in vascular dementia. Barcelona: Prous Science Publishers, 1993, PP. 19-27.
7. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психол. журн. – 1981. – № 3. – С. 118-123.
8. Гаркави Л.Х. и соавт. Повышение сопротивляемости организма с помощью адаптационных реакций тренировки и активации на разных уровнях реактивности организма. Методические рекомендации. – Ростов-на-Дону, 1983.

РЕЗЮМЕ

Анализ психологического статуса больных пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией показал наличие у них целого ряда психологических нарушений, усугубляющих адаптацию пациентов к существующим условиям. Для коррекции выявленных нарушений целесообразно применять разгрузочно-диетическую терапию, позволяющую улучшить течение заболевания.

ABSTRACT

The analysis of the psychological status of adult patients with discirculatory encephalopathy revealed a lot of the psychological disturbances aggravating adaptation of patients to existing conditions. To improve the progress of disease it is expedient to apply unloading dietary therapy (UDT) to correct the revealed disturbances.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ОСАНКИ И СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ЗИНЯКОВ Н.Н., К.М.Н., ЗИНЯКОВ Н.Т., Д.М.Н.

ГУЗ Областная больница № 2, г. Ростов-на-Дону e-mail: drzinyakov@mail.ru

АННОТАЦИЯ

В исследование было включено 220 детей и подростков с нарушениями осанки и сколиотической болезнью I степени. На основании использования компьютерной оптической топографии была изучена эффективность использования стандартного и разработанного комплекса лечебной гимнастики, а также сочетанного применения физических упражнений и мануальной терапии. Показано, что в наибольшей степени у данной категории больных коррекция двигательного стереотипа осуществляется при совместном применении лечебной гимнастики, осуществляющей стимуляцию тонического сокращения мышц и мануальной терапии.

Ключевые слова: лечебная гимнастика, мануальная терапия, нарушения осанки, сколиотическая болезнь.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальной проблемой современной медицины является проблема лечения нарушений осанки и сколиотических деформаций. Несмотря на широкую распространенность данных состояний, в настоящее время отсутствуют единые представления относительно механизмов их развития и патогенетически обоснованные подходы к терапии. Вместе с тем в последнее время в литературе появились некоторые сведения о том, что у большинства пациентов такого профиля развитие заболевания обусловлено процессами нейробиологической дезорганизации, проявляющейся дефектами программы построения и исполнения движений [1, 4, 9], приводящей к формированию миофасциальных нарушений в мышцах, выполняющих преимущественно функцию поддержания позы. Постуральный мышечный дисбаланс может приводить к формированию функциональных блоков позвоночно-двигательных сегментов и таза. Ввиду того, что при нарушениях осанки у детей развиваются функциональные блоки и формируются миофасциальные нарушения в постуральных мышцах, закономерно предположить эффективность использования у данной категории больных мануальной терапии и лечебной гимнастики (ЛФК), основанной на стимуляции тонического сокращения мышц.

Целью исследования явилось изучение эффективности мануальной терапии и ЛФК, стимулирующей преимущественно тоническое сокращение мышц в коррекции двигательного стереотипа у детей с нарушениями осанки и сколиотическими деформациями I степени.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 220 учащихся (130 девушек и 90 юношей) в возрасте от 8 до 17 лет с нарушениями осанки и идиопатическим сколиозом I степени. Детям проводилось вертеброневрологическое, мануальное обследование, визуальная диагностика статической составляющей двигательного стереотипа [2, 4, 7]. О структурных изменениях в позвоночнике судили по результатам обзорной рентгенографии позвоночника по общепринятой методике в двух проекциях [4, 5]. С целью оценки статической составляющей двигательного стереотипа также был использован метод компьютерной оптической топографии (КОТ) (светооптической ортопандилографии). Исследование проводилось на аппаратно-программном комплексе «Супер-М» (г. Москва). Данный метод бесконтактно и дистанционно обеспечивает определение формы поверхности туловища обследуемого пациента. Суть метода состояла в следующем. Перед обследованием на кожу задней поверхности шеи, спины и нижних конечностей в области ортопедически значимых точек наносились цветные маркерные наклейки из светоотражающей пленки. Обследуемого ставили на предварительно сориентированную во фронтальной, горизонтальной и сагиттальной плоскостях площадку. Затем на тело пациента проецировалось изображение прямолинейных эквидистантных полос, форма которых деформировалась в соответствии с рельефом обследуемой поверхности. С помощью фотокамеры проводились съемка этого изображения и ввод его в компьютер в цифровом виде. Путем специальной программной обработки восстанавливалась форма дорсальной поверхности пациента в каждой точке введенного изображения. По цифровой модели поверхности и выделенным на ней маркерными наклейками анатомическим ориентирам костных структур рассчитывались репрезентативные топографические параметры, количественно описывающие форму поверхности и позволяющие оценивать деформацию позвоночника в трех плоскостях – фронтальной, горизонтальной и сагиттальной [6]. Оценивались основные объемные и осевые показатели тела (табл. 1). Для контроля была взята группа из 60 человек (30 девушек и 30 юношей), не имеющих нарушений осанки и структурной патологии позвоночника.