



4. Баталина Л.В. Клинико-функциональное исследование динамики состояния органа зрения после проведения ЛАСИК при миопии: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. - М., 2002. - 25с.
5. Разумов А.Н., Бобровницкий И.П. Научные основы концепции восстановительной медицины и актуальные направления ее реализации в системе здравоохранения // Вестник восстановительной медицины. - 2002. - №1. - С.3-9.
6. Разумов А.Н., Бобровницкий И.П., Шакула А.В. Восстановительная медицина и ее роль в охране профессионального здоровья работающего населения // Проблемы «человеческого фактора» и безопасность движения транспортных средств. Мат. Межотраслевой конф. - М., 2003. - С. 23-36.
7. Разумов А.Н., Пономаренко В.А., Пискунов В.А. Здоровье здорового человека (Основы восстановительной медицины). - М.: Медицина, 1996. - 413с.
8. Балашевич Л.И. Рефракционная хирургия. - СПб.: 2002. - 2002 с.
9. Разумов А.Н., Бобровницкий И.П. Восстановительная медицина: научные основы и пути интеграции первичной и вторичной профилактики // Вестник восстановительной медицины. - 2004. - №2. - С.4-6.
10. Montes M., Chayet A., Gomez L., Magallanes R., Robledo N. Laser in situ keratomileusis for myopia of -1.50 to -6.00 diopters // J. Refract. Surg. - 1999. - Vol.15(2). - P.106-110.
11. Tanzer D.J., Schallhorn S.C., Brown M.C. Ejection from an aircraft following PRK: a case report // ASEM. - 2000. - V.71, N 10. - P.1057-1059.
12. Овечкин И.Г., Першин К.Б., Антонюк В.Д. Функциональная коррекция зрения. - С-Пб.: 2003. - 96с.

РЕЗЮМЕ

Накопленный опыт офтальмологического наблюдения за пациентами после эксимерлазерного воздействия позволяет сформулировать два принципиальных положения, касающихся методических подходов к восстановлению зрения на основе фоторефракционного лазерного воздействия с позиций восстановительной медицины. Первое связано с необходимостью оценки «качество зрительной жизни пациента» в общем контексте восстановительной медицины. Второе положение связано с преломлением методологического тезиса восстановительной медицины о «поддержание оптимальной работоспособности» к результатам восстановления зрения с позиций повседневной визуальной деятельности. В этой связи авторами предлагаются наиболее эффективные критерии прогнозирования восстановления зрения после эксимерлазерной коррекции

ABSTRACT

The stored experience of ophthalmologic supervision over patients after laser influence allows to formulate two basic positions, concerning methodical approaches to restoration of sight on the basis of laser influence from positions of regenerative medicine. The first is connected with necessity of an estimation «quality of a visual life of the patient» in the general context of regenerative medicine. The second position is connected with refraction of the methodological thesis of regenerative medicine about «maintenance of optimum working capacity» to results of restoration of sight from positions of daily visual activity. Thereupon authors offer the most effective criteria of forecasting of restoration of sight of laser correction

Keywords: Regenerative correction of sight, laser influence, professional sight.

ЛЕЧЕБНЫЕ ФАКТОРЫ КУРОРТА «КЛЮЧИ» ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЯХ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

УДК 616.833.5-009.7-085.838.7:615.847.8.849.19] (470.53)

Третьякова Е.А., Каракулова Ю.В., Владимирский Е.В.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера Росздрава», ЗАО Курорт «Ключи».

Актуальность. Хроническая боль в нижней части спины (БНЧС) — одна из наиболее актуальных и сложнейших медико-социальных проблем. В течение жизни хотя бы один эпизод боли в спине отмечается у 70-80% населения, ежегодно этот недуг поражает более 1/3 населения [3]. В большинстве случаев врачи имеют дело с так называемой «доброкачественной болью в спине», регрессирующей в течение нескольких недель: примерно у 60% пациентов она полностью или значительно уменьшается в течение 1 месяца, а к концу 3-го месяца доля таких пациентов увеличивается до 90%. Тем не менее в 25-30% случаев боль в спине возобновляется в течение года. На долю боли в спине приходится почти 1/4 случаев хронической боли в целом и почти 4% — длительной утраты трудоспособности [4,5]. Именно хроническая боль в спине, в ее персистирующем и рецидивирующем вариантах, представляет наибольшие трудности для лечения [6]. Хронические боли в спине значительно снижают качество жизни больных. В связи с этим одной из основных задач терапии поясничной боли является максимально полное купирование болевого синдрома. Это достигается, как правило, комплексом мероприятий, которые направлены на угнетение различных звеньев ноцицептивной и активацию антиноцицептивной систем организма [2,7,11]. Актуальной является проблема безопасности терапии хронической БНЧС, связанная прежде всего с побочными влияниями наиболее часто применяемых при болях в спине нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). В связи с этим оправданы поиски новых безопасных и эффективных методов лечения БНЧС, которые могли бы повысить эффективность существующих способов.

Разработка и совершенствование немедикаментозных технологий, направленных на восстановление функциональной активности различных органов и систем, является одним из важных направлений восстановительной медицины [9]. Санаторно-курортному лечению принадлежит одно из ведущих мест в системе реабилитационных мероприятий. Воздействуя разнообразием своих лечебных факторов на основные звенья патогенеза дорсопатии, оно оказывает не только непосредственный лечебный, но и вторичный профилактический эффект, предотвращая рецидивы заболевания [8,10]. В частности, в условиях курорта «Ключи» Пермского края используются маломинерализованные сероводородные воды и иловые сульфидные грязи. В течение последних лет в условиях курорта применяется как стандартный курс бальнеогрязелечения продолжительностью 21 день, так и укороченный 14-дневный курс терапии. Одним из физиотерапевтических методов, применяющихся в комплексе санаторно-курортного лечения, является магнитолазерная терапия, оказывающая мощное стимулирующее воздействие на кровообращение, мембранный клеточный обмен веществ, активацию нейрогуморальных факторов. Кроме того, на базе курорта «Ключи» проводится изучение многокомпонентных мазей на основе Эфтидерма, которые обладают обезболивающим, противовоспалительным, антиоксидантным, цитопротекторным и репаративным действием [1].

Цель работы: изучение влияния бальнеогрязевых факторов курорта «Ключи» и магнитолазеротерапии в сочетании с эфтидермом на болевой, психовегетативный статус и качество жизни больных поясничной дорсопатией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 78 человек с хронической болью в нижней части спины, находившихся на курорте «Ключи» Пермского края. Среди них было 49 (62,8%) женщин и 29 (37,2%) мужчин в возрасте от 26 до 73 лет (средний возраст 49,13±8,8 года). Критерием включения в исследование было наличие боли в поясничном отделе позвоночника продолжительностью более 12 недель с подтвержденной вертеброгенной причиной лучевыми методами диагностики.

В структуре объективных невропатологических синдромов хронической дорсопатии преобладали рефлекторные синдромы. В частности, у 55 (70,5%) больных отмечался миоадаптивный (вертебральный) синдром. Компрессионный синдром, обусловленный грыжевым выпячиванием и компримированием спинномозгового корешка, имел место у 23 (29,5%) больных. Согласно Международной классификации болезней и причин, с ними связанных, 10 пересмотра у 8 (10,3%) человек классифицировалась спондилопатия (без радикулопатии у 5 человек, с радикулопатией у 3). У 30 (38,5%) человек диагностирована деформирующая дорсопатия. У 39 (50%) человек квалифицирована дегенерация межпозвонковых дисков (МПД) («другие дорсопатии»), из них дегенерация МПД с радикулопатией – у 20 человек, без радикулопатии – у 19. В группе дорсалгий представлен 1 человек (1,2%). Таким образом, в наших наблюдениях наиболее частой причиной болей в нижней части спины выступают ирритативные мышечно-тонические синдромы с наличием дегенеративных изменений межпозвонковых дисков без радикулярной компрессии (50%).

Комплекс обследования включал классическую оценку клинико-неврологического и вертебрологического статуса, оценку болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) боли, шкале PainDETECT, болевому опроснику Мак-Гилла, опроснику DN4, Освестровскому опроснику нарушения жизнедеятельности (ООНЖ) при боли в нижней части спины, мониторинг психовегетативных показателей (шкалы Бека, HADS, опросник Спилбергера-Ханина на реактивную и личностную тревожность, «Вопросник» и «Схема» для выявления степени вегетативных изменений). Все больные подверглись тщательному общеклиническому, лабораторному и инструментальному обследованию с целью верификации диагноза и исключения сопутствующей соматической патологии.

Больные по методу предпринятого лечения разделены на 3 группы. Группы статистически не отличались по возрастно-половому составу, продолжительности болевого синдрома и формам вертеброгенной патологии. В первую группу входили 43 больных, которым в течение 14 дней проводилась бальнеогрязевая терапия (общие сероводородные ванны в концентрации 50–120 мг/л, температурой 36°C, продолжительностью 8–10 минут в количестве 7 процедур через день, иловые сульфидные грязи на поясничную зону и нижние конечности температурой 38–40°C, продолжительностью 10–15 минут № 7 через день, массаж №8, ЛФК ежедневно). Вторую группу составили 15 больных, которые получали базисную бальнеогрязевую терапию в течение 14 дней в сочетании с магнитолазеротерапией на поясничный отдел позвоночника. Использовался аппарат «МИЛТА-Ф-8-01» паравертебрально на пояснично-крестцовый отдел, сканирование. Частота 50 Гц, продолжительность процедуры 5 минут на каждую зону, на курс 8 процедур. Третья группа представлена 20 больными, которым укороченный 14-дневный курс базисного бальнеогрязевого лечения дополнялся магнитолазеротерапией в сочетании с эфтидермом МПЭ на поясничную область. Мазь «Эфтидерм МПЭ» наносилась на поясничный отдел позвоночника за час до процедуры магнитолазера. В качестве контроля проведено обследование 20 практически здоровых лиц, не страдающих хроническими болями, депрессией и тревогой, аналогичных по возрасту и полу. Среди них было 14 женщин (70%) и 6 мужчин (30%) в возрасте 24–59 лет (средний возраст составил 46,2±8,9 года).

Всем больным данные методы исследования проводились до и после лечения на курорте «Ключи». Статистическая обработка результатов проводилась на IBM PC с помощью интегрированного пакета для статистического анализа «Statistica v.6» (описательная статистика, непараметрические методы).

Результаты и их обсуждение. Анализ интенсивности боли (по 100-мм ВАШ) показал, что на момент первич-

ного обследования у больных поясничной дорсопатией преобладали боли умеренной степени выраженности. Наибольшая интенсивность боли поясничном отделе позвоночника продолжительностью более 12 недель с подтвержденной вертеброгенной причиной лучевыми методами диагностики.

В структуре объективных невропатологических синдромов хронической дорсопатии преобладали рефлекторные синдромы. В частности, у 55 (70,5%) больных отмечался миоадаптивный (вертебральный) синдром. Компрессионный синдром, обусловленный грыжевым выпячиванием и компримированием спинномозгового корешка, имел место у 23 (29,5%) больных. Согласно Международной классификации болезней и причин, с ними связанных, 10 пересмотра у 8 (10,3%) человек классифицировалась спондилопатия (без радикулопатии у 5 человек, с радикулопатией у 3). У 30 (38,5%) человек диагностирована деформирующая дорсопатия. У 39 (50%) человек квалифицирована дегенерация межпозвонковых дисков (МПД) («другие дорсопатии»), из них дегенерация МПД с радикулопатией – у 20 человек, без радикулопатии – у 19. В группе дорсалгий представлен 1 человек (1,2%). Таким образом, в наших наблюдениях наиболее частой причиной болей в нижней части спины выступают ирритативные мышечно-тонические синдромы с наличием дегенеративных изменений межпозвонковых дисков без радикулярной компрессии (50%).

Комплекс обследования включал классическую оценку клинико-неврологического и вертебрологического статуса, оценку болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) боли, шкале PainDETECT, болевому опроснику Мак-Гилла, опроснику DN4, Освестровскому опроснику нарушения жизнедеятельности (ООНЖ) при боли в нижней части спины, мониторинг психовегетативных показателей (шкалы Бека, HADS, опросник Спилбергера-Ханина на реактивную и личностную тревожность, «Вопросник» и «Схема» для выявления степени вегетативных изменений). Все больные подверглись тщательному общеклиническому, лабораторному и инструментальному обследованию с целью верификации диагноза и исключения сопутствующей соматической патологии.

Больные по методу предпринятого лечения разделены на 3 группы. Группы статистически не отличались по возрастно-половому составу, продолжительности болевого синдрома и формам вертеброгенной патологии. В первую группу входили 43 больных, которым в течение 14 дней проводилась бальнеогрязевая терапия (общие сероводородные ванны в концентрации 50–120 мг/л, температурой 36°C, продолжительностью 8–10 минут в количестве 7 процедур через день, иловые сульфидные грязи на поясничную зону и нижние конечности температурой 38–40°C, продолжительностью 10–15 минут № 7 через день, массаж №8, ЛФК ежедневно). Вторую группу составили 15 больных, которые получали базисную бальнеогрязевую терапию в течение 14 дней в сочетании с магнитолазеротерапией на поясничный отдел позвоночника. Использовался аппарат «МИЛТА-Ф-8-01» паравертебрально на пояснично-крестцовый отдел, сканирование. Частота 50 Гц, продолжительность процедуры 5 минут на каждую зону, на курс 8 процедур. Третья группа представлена 20 больными, которым укороченный 14-дневный курс базисного бальнеогрязевого лечения дополнялся магнитолазеротерапией в сочетании с эфтидермом МПЭ на поясничную область. Мазь «Эфтидерм МПЭ» наносилась на поясничный отдел позвоночника за час до процедуры магнитолазера. В качестве контроля проведено обследование 20 практически здоровых лиц, не страдающих хроническими болями, депрессией и тревогой, аналогичных по возрасту и полу. Среди них было 14 женщин (70%) и 6 мужчин (30%) в возрасте 24–59 лет (средний возраст составил 46,2±8,9 года).

Всем больным данные методы исследования проводились до и после лечения на курорте «Ключи». Статистическая обработка результатов проводилась на IBM PC с помощью интегрированного пакета для статистического анализа «Statistica v.6» (описательная статистика, непараметрические методы).

Результаты и их обсуждение. Анализ интенсивности боли (по 100-мм ВАШ) показал, что на момент первичного обследования у больных поясничной дорсопатией преобладали боли умеренной степени выраженности. Наибольшая интенсивность боли (табл.1) в среднем отмечалась

у больных при стоянии (52,6±1,4 мм) и сидении (51,8±1,9 мм). Согласно опроснику DN4 вероятная нейропатическая боль в группе с корешковым синдромом до лечения наблюдалась у 19 человек (5,7=U,8 баллов). По шкале PainDETECT в группе корешковых синдромов средний балл составил 15,4±5,03, что расценивается как средняя вероятность наличия невропатического компонента боли (неопределенный результат), а в группе нейродистрофического – 9,04±4,22 баллов, что говорит о маловероятном™ невропатического компонента боли (отрицательный результат).

По болевому опроснику Мак – Гилла количество выбранных терминов по индексу сенсорной шкалы до лече-

ния составило 5,75±2,6, по индексу аффективной шкалы – 4,1±2,97. Сумма порядковых номеров дескрипторов в субклассах по рангам сенсорной и аффективной шкал составила 20,14±5,75. Интенсивность боли по рангу эвалюативной шкалы в среднем составила 3±0,7 балла, что характеризует боль как мучительную.

Известно, что наличие болевого синдрома существенно влияет на качество жизни. По Освестровскому опроснику среднее значение качества жизни больных до лечения снижено на 23,6±13,7%, что достоверно (p<0,05) выше, чем в группе контроля (табл. 1).

Таблица 1. Показатели боли, качества жизни, психовегетативного статуса у больных дорсопатией (* - достоверность результатов p<0,05, ** – p<0,01)

Показатели	Контрольная группа		Больные дорсопатией	
	п	Среднее±стандартное отклонение	п	Среднее±стандартное отклонение
Интенсивность боли по ВАШ при стоянии, мм	20	-	60	52,6±1,4
Снижение качества жизни (ООНЖ), %	20	12,6±6,2	60	23,6±13,7*
BECK, баллы	20	4,2±1,9	60	10,8±6,1 *
HADS, депрессия, баллы	20	3,05±1,9	60	7,5±3,5 *
HADS, тревога, баллы	20	4,85±2,5	60	10,24±3,6 **
Реактивная тревожность, баллы	20	32,6±2,96	60	44,6±4,9 *
Личностная тревожность, баллы	20	40,4±6,77	60	50±5,5 *
СВД, вопросник, баллы	20	28,2±2,2	60	38,0±16,1 *
СВД, схема, баллы	20	32,0±3,9	60	38,3±14,6 *

При психометрическом исследовании было выявлено достоверное повышение уровня депрессии, тревоги, степени вегетативных нарушений по сравнению с контрольной группой. Согласно шкале депрессии Бека, у большинства больных (35 человек, 44,9%) выявлен невротический уровень депрессии (11- 19 баллов), у 29 человек (37,2%) – легкая степень депрессивных нарушений и у 5 (6,4%) – тяжелая степень депрессии. Средний балл составил (p<0,05). Согласно данной шкале, депрессия отсутствовала у 9 (11,5%) человек. Госпитальная шкала (HADS) подтвердила наличие субклинически выраженной депрессии у 23 (29,5%) пациентов, клинически выраженной – у 8 (10,3%) человек, средний балл составил 7,5±3,5 (p<0,05). У 47 (60,2%) обследованных по данной шкале достоверно выраженных симптомов депрессии выявлено не было. Подписала HADS «Тревога» показала наличие субклинически выраженной тревоги у 26 (33,4%) обследованных, клинически выраженной – у 16 (20,5%) пациентов. Средний балл составил 10,24±3,6, что достоверно выше, чем в контрольной группе (4,85±2,5 баллов). У

36 (46,1%) обследованных по данной шкале достоверно выраженных симптомов тревоги выявлено не было (табл. 1). По опроснику Спилбергера – Ханина до лечения выраженные расстройства в виде высокой реактивной тревоги имелись у 34 (43,6%) больных, высокой личностной тревоги – у 59 (75,6%). Умеренная реактивная тревожность регистрировалась у 44 (56,4%) больных, умеренная личностная – у 19 (24,4%). Среднее значение реактивной тревожности составило 44,6±4,9 баллов (в контрольной группе – 31,6±2,96 баллов, p<0,05), что квалифицируется как тревожность умеренная, а тревожности личностной – 50±5,5 баллов (в контрольной группе – 40,4±6,77 баллов, p<0,05) – квалифицируется как тревожность высокая (табл. 1). Степень вегетативной дезадаптации в среднем в группе составила 38,0±16,1 баллов по «Вопроснику...» и 38,3±14,6 баллов по «Схеме...», что достоверно отличает их от представителей контрольной группы (табл. 1).

После проведения курса реабилитации лечебными факторами курорта «Ключи» во всех группах наблюдения отмечалось значимое снижение болезненности мышц при пальпации, исчезновение субъективных симптомов поясничного дискомфорта, увеличение объема движений в позвоночнике относительно показателей до лечения. Особенно существенное уменьшение интенсивности бо-

левого синдрома по ВАШ при стоянии отмечено во второй и третьей группах наблюдения (27,4= 1,6мм (p<0,01) и 15,4±1,1мм (p<0,01) соответственно) (рис. 1).



Рис. 1. Динамика показателей ВАШ боли до и после лечения в группах наблюдения.

Наименьшая интенсивность боли после лечения по эвалюативной шкале опросника Мак-Гилла также оказалась у пациентов третьей группы и оценивалась в 0,8±0,4 баллов (легкая). Наблюдается значительное повышение качества жизни у больных второй (Ю,4±7,9%) и третьей (7,8±5,6%) групп наблюдения относительно первой (p<0,024, p<0,024, p<0,03) (табл. 2). По шкале PainDETECT средний балл после лечения во всех группах наблюдения составил 5,2±3,9 (p<0,05) (табл. 2), а в группе корешковых синдромов 8,82±3,6 баллов (p<0,05), что указывает на отсутствие невропатического компонента.

Непосредственно после курса бальнеогрязелечения произошли существенные изменения в эмоциональном состоянии больных и ассоциированного с ним характера вегетативной регуляции. У больных после лечения достоверно повысился эмоциональный фон по шкале Бека, наиболее значимо у обследованных третьей группы, среднее значение уровня депрессии составило 2,8±2,5 баллов (p<0,05) (табл. 2). По тесту Спилбергера-

Ханина среднее значение реактивной тревожности больных в третьей группе наблюдения после лечения значимо снизилось до 37,5±7,0 баллов (p<0,05) (табл. 2), что характеризует ее как умеренную. Вегетативная дезадаптация больных после лечения во всех группах наблюдения в среднем

существенно снизилась как по «Вопроснику...» до 19,46±10,9 баллов ($p^{KS}<0,05$), так и по «Схеме...» до 18,10±10,5 баллов ($p^{KS}<0,05$) (табл. 2). В группе пациентов, которым базисная терапия потенцировалась магнитолазеротерапией в соче-

тании с эфтидермом МПЭ, произошли наиболее оптимальные сдвиги показателей вегетативной регуляции – 12,35±8,5 баллов по «Вопроснику...» и 11,4±6,3 баллов по «Схеме...» ($p^{Л_2}=0,009$, $p^{М^*W_1-3}=0,004$) (табл. 2) (табл. 2).

Таблица 2. Результаты лечения больных в группах наблюдения

Показатели	До лечения	После лечения		
		1-я группа	2-я группа	3-я группа
Интенсивность боли по ВАШ при стоянии, мм	52,6±14,1	32,3±13,6*	27,4±16,2*	15,4±1,05*
DN 4, баллы	2,87±1,36	2,07±1,5	1,5±1,36*	1,07±1,36*
Шкала PainDETECT, баллы	10,92±5,33	6,53±3,4*	3,45±2,9*	3,09±3,3*
Реактивная тревога, баллы	44,6±4,9	38,8±6,32	39,9±8,02	37,6±7,84
Личностная тревога, баллы	50,58±5,5	49,74±6,2	49,4±4,7	48,4±5,5
Шкала депрессии Бека, баллы	10,8±6,1	6,7±3,6*	4,2±2,9*	2,8±2,6*
Вегетативная дистония-схема, баллы	38,3±14,6	22,7±10,7*	13,4±7,4*	11,4±6,3*
Вегетативная дистония-вопросник, баллы	38,04±16,1	23,7±10,5*	15,3±9,4*	12,35±8,5*
HADS, депрессия, баллы	7,5±3,5	4,2±2,1*	3,1±2,28*	2,25±2,13*
HADS, тревога, баллы	10,24±3,6	6,5±2,3*	4,7±1,6*	3,9±2,22*
Качество жизни, %	23,6±13,7	17,5±10,3	10,4±7,9*	7,8±7,9*

Примечание. * – результаты достоверны относительно группы до лечения ($p<0,05$).

Выводы. Курсы бальнеогрязевой терапии на курорте «Ключи» оказывают непосредственное лечебное воздействие на компенсаторно-приспособительные и вегетативно-трофические процессы больных поясничной дорсопатией, что проявляется снижением уровня болевого синдрома, оптимизацией показателей вертеброневрологического и психовегетативного статусов, улучшением качества жизни больных.

Сравнительный анализ терапевтической эффективности методик лечения поясничной дорсопатии на курорте «Ключи» показал, что 14-дневный курс бальнеогрязелечения с включением магнитолазерной терапии в сочетании

с эфтидермом МПЭ оказывает более существенное действие на интенсивность болевого синдрома, эмоциональный статус, показатели качества жизни, чем традиционная базисная двухнедельная терапия. Применение Эфтидерма можно считать новационным методом, обладающим высокой безопасностью, отсутствием риска лекарственного взаимодействия, который в комплексе с магнитолазером и уникальными природными факторами курорта «Ключи», повышают эффективность лечения больных с БНЧС, способствуют ускорению саногенетических процессов при дорсопатии. Список литературы:

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы современной курортологии и восстановительной медицины. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. - Челябинск, 2009. - 111с.
2. Болевые синдромы в неврологической практике/А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, А.Б. Данилов и др.-М.: МЕДпресс-информ, 2001.- 368с.
3. Боль/Н.Н. Яхно.-М.: МЕДпресс-информ, 2009.- 303с.
4. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы: руководство/А.М. Вейн.-М.: Медицина, 1991.-623с.
5. Вейн А.М. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение)/А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В. Л. Голубев, Г.М. Дюкова.-М.: Медицинское информационное агентство, 2002.- 160с: ил.
6. Камчатнов П.Р. Современные принципы ведения пациентов с болью в нижней части спины/П.Р. Камчатнов//Клиницист.- 2008.-№1.- С.32-38.
7. Кукушкин М.Л. Общая патология боли/М.Л. Кукушкин, Н.К. Хитров.-М.: Медицина, 2004.-144с.
8. Пономаренко Г.Н. Некоторые физиотерапевтические аспекты лечения болей в спине/Г.Н. Пономаренко//Вопр. курортологии и физиотерапии.-1998.-№5.-С.20-25.
9. Современные технологии восстановительной медицины/ Под ред. Труханова А.И. – М.: Медика, 2004. – 288 с.
10. Шустов Л.П. Экстракты иловой сульфидной грязи и обоснование их применения в клинической практике/Л.П. Шустов// Вопр. курортологии и физиотерапии.-1999.-№6.-С.35-37.
11. Gatchel R.J. Lower back pain: psychosocial issues/ R.J. Gatchel, M.A. Gardea// Nuerologic clinics.- 1999.-Vol. 17.- P.149-166.

РЕЗЮМЕ

Синдром боли в нижней части спины (БНЧС) широко распространен и является одной из ведущих причин временной утраты трудоспособности. Природные факторы курорта «Ключи» успешно используются в медицинской реабилитации больных с болями в пояснице на протяжении длительного времени. Было обследовано 78 пациентов с БНЧС. Изучение болевого и психовегетативного статуса проводилось до и после бальнеогрязелечения. Среди этих пациентов 15 человек получили базисный курс терапии в сочетании с магнитолазеротерапией и Эфтидермом. После лечения интенсивность боли достоверно уменьшилась, снизилась степень тревоги, депрессии, а также выраженность вегетативных расстройств, улучшились показатели качества жизни наиболее значимо в последней группе. Было подтверждено, что укороченный 14-дневный курс бальнеогрязелечения с включением магнитолазеротерапии и Эфтидерма в терапевтический комплекс, является весьма эффективным для пациентов с БНЧС, а также экономически выгодным.

Ключевые слова: боль в нижней части спины, бальнеогрязелечение, магнитолазеротерапия, Эфтидерм

ABSTRACT

Syndrome of low back pain (LBP) occurs widely and it is one of the leading causes of temporary disability. Natural factors of health resort «Klyuchi» have been successfully used in medical rehabilitation of patients with lumbar pains for a long time. There were examined 78 patients with LBP. The studying of algic and psychovegetative status were performed before and after application balneopeloidotherapy. Among these patients 15 persons received basic course of therapy and magnitolasertherapy with Eftidermum. After treatment, the intensity of pain was reliably reduced, the degree of anxiety and depression as well as expression of vegetative disorders were decreased, parameters of quality of life were improved especially in the last group. It was confirmed that the shortened 14-day courses of balneopeloidotherapy with inclusion of magnitolasertherapy and Eftidermum into therapeutic complex are very effective for patients with low back pain and they have economic benefits.

Keywords: low back pain, balneopeloidotherapy, magnitolasertherapy, Eftidermum