

СОДЕРЖАНИЕ

К 25-ЛЕТИЮ ЦЕНТРА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	3
М.А. Бахтадзе	

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОЗГОВОГО КРОВотоКА В РЕЗУЛЬТАТЕ КОРРЕКЦИИ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ВЛИЯНИЯ НА КРОВотоК В ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ МЕТОДОМ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	6
Л.А. Романова, В.Ф. Чудимов, Т.В. Кулишова	

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ И АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	16
В.В. Смирнов, Н.П. Елисеев	

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ОСТЕОПАТИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ К АОРТО-КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ И ПОСЛЕДУЮЩЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ	25
Д.С. Лебедев, А.Н. Сержантов, К.П. Сергушов	

ОБЗОР

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ	31
А.Б. Ситель	

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

О ВНЕДРЕНИИ «ПРОТОКОЛА ПЕРВИЧНОГО ПРИЕМА ВРАЧА-ОСТЕОПАТА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»	52
Е.В. Абрамова, И.А. Аптекарь	

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА	60
Л.А. Пегова, И.В. Рыженкова, К.П. Сергушов	

ПРИМЕНЕНИЕ ОСТЕОПАТИИ, АКУПУНКТУРЫ И ЛОКАЛЬНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРАЛИЧА БЕЛЛА (СЕРИЯ СЛУЧАЕВ)	67
Ю.О. Новиков	

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫТЯЖЕНИЯ В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СУХИХ ТРАКЦИЙ ШЕЙНОГО И ВЕРХНЕГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	70
С.В. Лондон, Ю.А. Уколова, Г.Ю. Иванов, В.П. Пархалин	

ИЗМЕНЕННАЯ АФФЕРЕНТАЦИЯ ИЗ ОБЛАСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ КАК ВОЗМОЖНЫЙ МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ. ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	74
А.А. Бигильдинский, С.В. Новосельцев, Е.Л. Малиновский	

ИНФОРМАЦИЯ

CONTENTS

25 th ANNIVERSARY OF THE CENTER FOR MANUAL THERAPY	3
M.A. Bakhtadze	

ORIGINAL PAPERS

DYNAMICS OF CEREBRAL BLOOD FLOW INDICES BY CORRECTING VERTEBROGENIC EFFECT ON BLOOD FLOW IN THE VERTEBRAL ARTERY BY MANUAL THERAPY	6
L.A. Romanova, V.F. Chudimov, T.V. Kulishova	
X-RAY DIAGNOSTICS OF GENERATIVE-DYSTROPHIC CHANGES AND DEVELOPMENT ANOMALIES OF THE LUMBAR SPINE	16
V.V. Smirnov, N.P. Yeliseev	
THE APPLICATION OF OSTEOPATHIC TECHNIQUES IN THE PREPARATION OF PATIENTS FOR CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING AND SUBSEQUENT RESTORATIVE TREATMENT	25
D.S. Lebedev, A.N. Serzhantov, K.P. Sergushov	

REVIEW

MANUAL THERAPY	31
A.B. SiteI	

TO ASSIST A PRACTITIONER

ON INTRODUCTION OF A "PROCEDURE OF OSTEOPATHY DOCTOR'S INITIAL CONSULTATION IN PEDIATRIC PRACTICE"	52
E.V. Abramova, I.A. Aptekar	
ULTRASOUND DIAGNOSTICS FOR EVALUATING RESULTS OF OSTEOPATHIC TREATMENT OF LOCAL SOMATIC DYSFUNCTIONS OF THE SHOULDER JOINT	60
L.A. Pegova, I.V. Ryzhenkova, K.P. Sergushov	
THE APPLICATION OF OSTEOPATHY, ACUPUNCTURE AND LOCAL INJECTION THERAPY IN THE TREATMENT OF BELL'S Palsy (CASE SERIES)	67
Yu.O. Novikov	
THE APPLICATION OF TRACTION IN MANUAL THERAPY USING DRY TRACTIONS OF THE CERVICAL AND UPPER THORACIC SPINE IN CASE OF MUSCULOFASCIAL PAIN SYNDROMES OF VARIOUS ORIGIN	70
S.V. London, Yu.A. Ukolova, G.Yu. Ivanov, V.P. Parkhalin	
THE ABNORMAL AFFERENTATION RELATED TO SOMATIC DYSFUNCTION AS A POSSIBLE MECHANISM OF THE FORMATION OF VEGETATIVE DYSTONIA SYNDROME. A PILOT STUDY	74
A.A. Bigildinsky, S.V. Novoseltsev, E.L. Malinovsky	

INFORMATION

К 25-ЛЕТИЮ ЦЕНТРА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

М.А. Бахтадзе

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Москва, Россия

15 июня 2015 г. исполнилось 25 лет Центру мануальной терапии Департамента здравоохранения города Москвы. 25-летняя Юбилейная конференция, посвященная Центру, состоялась 19 июня 2015 года.

Конференцию открыл руководитель Центра мануальной терапии, засл. врач РФ, д.м.н., проф. А.Б. Ситель.

С приветственными словами выступили почётные гости, принимавшие непосредственное участие в создании отечественной мануальной терапии: акад. РАМН, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., проф. Е.И. Гусев; дир. НИИ физико-химической медицины, засл. деят. науки, акад. РАН, д.м.н., проф. В.И. Сергиенко; зам. директора «Мединцентра» ГлавУпДК при МИД РФ, к.м.н., засл. врач РФ А.Л. Подольцев; засл. деят. науки РФ, д.м.н., проф. Г.Н. Авакян.

Акад. Е.И. Гусев тепло поздравил собравшихся с юбилеем, отметив, что за 25 лет существования Центра мануальной терапии благодаря неустанной работе его коллектива под руководством проф. А.Б. Сителя были получены новые знания, не только обогатившие мануальную терапию, но и ставшие неотъемлемой частью клинической неврологии. Евгений Иванович предложил шире внедрять эти знания в обучение как мануальных терапевтов, так и неврологов. Подчеркнув, что деятельность Центра мануальной терапии получила высокую оценку в России и за рубежом, он пожелал коллективу дальнейших творческих успехов.

Акад. В.И. Сергиенко обратил внимание собравшихся на то, что благодаря про-

фессору А.Б. Сителю мануальная медицина стала не просто искусством, но целым научным направлением (под руководством профессора А.Б. Сителя защищено 3 докторских и 15 кандидатских диссертаций, получено 15 патентов и авторских свидетельств на изобретения). Он сердечно поздравил коллектив ЦМТ с 25-летием и пожелал дальнейшего плодотворного развития.

А.Л. Подольцев вспомнил о времени, предшествующем созданию ЦМТ, – о годах неустанной и самоотверженной работы небольшой группы врачей на базе Консультативно-диагностического центра ГКБ №15. Только благодаря их успехам, основанным на знаниях, умениях, преданности делу и желании помочь больным, стало возможно создание Центра, ставшего самостоятельным медицинским учреждением.

Проф. Г.Н. Авакян отметил, что лечение заболеваний мышечно-скелетной системы, широко распространённых в современном обществе, – насущная задача здравоохранения. Так, Всемирная организация здравоохранения объявила декаду 2000–2010 «Декадой кости и сустава». По результатам Декады, мануальная терапия заболеваний мышечно-скелетной системы в сочетании с лекарственными методами лечения доказала свою эффективность (уровень доказательности А). Такая эффективность основана на глубоких знаниях и постоянном совершенствовании мануальных терапевтов. В связи с этим Гагик Норайрович пожелал ЦМТ процветания во благо отечественной медицины.

Проф. А.Б. Ситель представил интересный доклад о мануальной терапии в исто-

рическом ракурсе, осветив основные этапы её становления со времён Гиппократ до наших дней. Сегодня очевидно, что наша специальность развивается, а лежащие в её основе методы диагностики и лечения – совершенствуются. Новые методики лечения, основанные на новых знаниях, позволяют вернуть трудоспособность наиболее активной части нашего населения, страдающего вертеброгенными заболеваниями, особенно больным с дискогенными радикулопатиями, подвергавшимся ранее оперативному вмешательству, и вертебрально-базилярной недостаточностью, часто ведущей к нарушениям мозгового кровообращения. Мануальная терапия включена в перечень стандартов оказания медицинской помощи больным как эффективный метод лечения различных заболеваний мышечно-скелетной системы, сопровождающихся осложнениями со стороны сосудистой и нервной систем.

Тактике врачебного воздействия на таких больных были посвящены доклады сотрудников Центра мануальной терапии, к.м.н. С.В. Никонова и С.Н. Расстригина, где они ясно показали, что лечение дискогенной радикулопатии необходимо проводить, учитывая пространственное расположение грыжевого выпячивания, а при лечении вертеброгенной вертебрально-базилярной недостаточности – уровень компрессии позвоночной артерии (единственной артерии в человеческом теле, проходящей в подвижном костном канале шейных позвонков). Хотя, на первый взгляд, кому-то эти вопросы могут показаться частными вопросами мануальной терапии, на самом деле это не так. Правильная тактика не только ускоряет выздоровление, но и позволяет избежать возможных осложнений. Это соответствует главному принципу врача – «Не навреди!»

Наши представления о цереброваскулярной недостаточности изменились благодаря внедрению новых методов диагностики сосудистых заболеваний головного мозга, одним из которых является однофотон-

ная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ). Работая в тесном контакте с Лабораторией методов радионуклидной диагностики ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова (д.м.н., профессор А.В. Каралкин), сотрудник ЦМТ, к.м.н. М.А. Бахтадзе изучил особенности церебральной перфузии у больных краниоцервикальным синдромом, чему и был посвящён его доклад, содержащий слайды с результатами ОФЭКТ головного мозга. Эти результаты показали, что церебральная перфузия, сниженная у больных краниоцервикальным синдромом, может быть полностью восстановлена за 6 сеансов мануальной терапии, проведенных по специальной методике, защищённой патентом Российской Федерации. Эта методика, подразумевающая не только знание этиологии и патогенеза заболевания, но и отличное владение практическими навыками, является в мануальной терапии примером сочетания науки и искусства.

Неподдельный интерес вызвало сообщение сотрудника ЦМТ, к.м.н. С.П. Канаева о вкладе мануальной терапии в развитие современных взглядов на этиологию, патогенез, диагностику и лечение вертеброгенных болевых синдромов. Сергей Петрович не только рассказал об эволюции этих взглядов, но и представил новейшие сведения, подкреплённые убедительными данными как клинических, так и инструментальных методов диагностики – электронейромиографии и ультразвуковой диагностики заднедискового пространства (на основе исследований д.м.н. В.В. Белякова и к.м.н. К.О. Кузьмина). Эти данные неоднократно печатались в различных отечественных и зарубежных медицинских журналах, в том числе и нашем профессиональном, входящем в перечень журналов, рекомендуемых ВАК, – журнале «Мануальная терапия».

В конференции приняли участие как сотрудники ЦМТ, так и гости из других медицинских учреждений: заведующая консультативно-реабилитационным отделением РНЦХ им. академика Б.В. Петровского, д.м.н. Л.А. Медведева; к.м.н., ассистент кафедры

неврологии Российской академии постдипломного образования Е.Е. Васенина.

Современная мануальная терапия идёт параллельно с лекарственными методами лечения, в частности – с лечебными блокадами, в которых успешно применяется препарат дипроспан®, особенно хорошо зарекомендовавший себя при лечении цервикогенной головной боли и туннельных нейропатий. Этому были посвящены содержательные, блестяще подготовленные и завершившие конференцию доклады д.м.н. Л.А. Медведевой и к.м.н. Е.Е. Васениной.

Таким образом, за 25 лет своего существования Центр мануальной терапии прошёл хоть и короткий, по историческим меркам, но плодотворный путь. Благодаря самоотверженной работе единомышленников, подвижников мануальной терапии, сформировались коллектив, новое научное направление и новая медицинская специальность. С 1991 г. в Центре мануальной терапии на клинической базе кафедры организован курс мануальной терапии (руководитель проф. А.Б. Ситель; зав. учебной частью – к.м.н., доцент Д.А. Болотов). За эти годы на курсе прошли профессиональную

переподготовку и сертификационные циклы сотни врачей из различных регионов нашей страны. Это ещё раз свидетельствует о ключевой роли Центра мануальной терапии не только в лечении больных, но и в обучении врачей, решивших освоить новую специальность.

Признанием заслуг стала ежегодная премия «Призвание», вручённая в 2014 г. министром здравоохранения РФ В.И. Скворцовой коллективу сотрудников Центра мануальной терапии во главе с проф. А.Б. Сителем. Эту премию вручают лучшим врачам страны, внесшим большой вклад в развитие медицины.

В заключение хочется сказать, что примером успешного развития является преемственность: в будущем году свой 25-летний юбилей будет отмечать Обнинский Центр реабилитации под руководством Н.П. Елисеева, спонсирующего выпуск журнала «Мануальная терапия», являющегося печатным органом мануальных терапевтов, в котором обсуждаются вопросы, касающиеся различных аспектов деятельности в данной специальности в нашей стране. Но это уже совсем другая история.

УДК 616.7, 615.828

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОЗГОВОГО КРОВотоКА В РЕЗУЛЬТАТЕ КОРРЕКЦИИ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ВЛИЯНИЯ НА КРОВотоК В ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ МЕТОДОМ МАНОУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Л.А. Романова¹, В.Ф. Чудимов², Т.В. Кулишова²¹ ОАО «Санаторий «Россия». Белокуриха, Россия² ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава. Барнаул, Россия

DYNAMICS OF CEREBRAL BLOOD FLOW INDICES BY CORRECTING VERTEBROGENIC EFFECT ON BLOOD FLOW IN THE VERTEBRAL ARTERY BY MANUAL THERAPY

L.A. Romanova¹, V.F. Chudimov², T.V. Kulishova²¹ JSC "Russia" Health Resort. Belokurikha, Altai, Russia² State educational institution of higher professional education - Altai State Medical University. Barnaul, Russia

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. В статье приведены данные по исследованию кровотока в позвоночной артерии у детей с перинатальным поражением центральной нервной системы, получавших в комплексном реабилитационном лечении курс мануальной терапии. Так как методы мануального воздействия вызывают значительные изменения в организме, необходима оценка эффективности проводимых процедур, оценка кровотока в брахицефальных артериях и венах методом УЗИ-диагностики.

Материал и методы. Проанализированы результаты изменения показателей кровотока при ультразвуковом дуплексном обследовании сосудов брахицефального ствола после применения мануальной терапии у 55 детей и подростков в возрасте от 7 до 16 лет, перенесших натальную травму шейного отдела позвоночника, с признаками нарушения осанки различной степени выраженности и клиникой вертебробазилярной недостаточности.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования выявлено достоверное улучшение показателей пиковой скорости кровотока проксимального и дистального отделов ПА. Изменение данных показателей было расценено как критерий оценки эффективности метода мануальной терапии, а положительная динамика проб показала целесообразность применения ультразвукового исследования в оценке эффективности мануальной терапии.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, натальная травма шейного отдела позвоночника, позвоночная артерия, мануальная терапия.

SUMMARY

Objective. The data on blood flow research in the vertebral artery of children with the perinatal defeat of the central nervous system, receiving a manipulation course in a complex rehabilitation treatment, is cited in the article. Since the methods of manual treatment cause significant changes in the body, the effectiveness of the procedures and blood flow in the brachiocephalic arteries and veins must be assessed by ultrasound diagnostics.

Material and methods. We analyzed the results of change of the blood flow indices in the course of ultrasound duplex examination of the brachiocephalic trunk vessels after the application of manual therapy for 55 children and teenagers at the age from 7 till 16 years who had undergone a natal trauma of the cervical spine with signs of postural disorders of different degrees of severity and a clinical picture of vertebrobasilar insufficiency.

Results and conclusion. An evident improvement of indices of peak speed of the blood flow of the proximal and distal parts of the vertebral artery was revealed as a result of the research conducted. Changes of these indices have been regarded as a criterion of evaluation of efficiency of the manual therapy method, and positive dynamics of tests has shown expediency of the application of ultrasound examination for evaluating efficiency of manual therapy.

Key words: ultrasound examination, a natal trauma of the cervical spine, a vertebral artery, manual therapy

Изучение клинических особенностей, патогенеза и применения адекватного лечения резидуально-органической патологии центральной нервной системы перинатального периода является комплексной задачей для неврологов, детских психиатров, психологов и педагогов, требующей комплексного подхода в лечении [1–4].

В комплексном лечении данной патологии основное место отводится медикаментозной терапии, направленной на улучшение обменных процессов в сочетании с немедикаментозными воздействиями, включающими лечебную физкультуру (ЛФК) в сочетании с различными видами массажа, физиолечение [3, 5–7].

Перспективным методом лечения детей в резидуальном периоде перинатального поражения ЦНС является мануальная терапия (МТ). В доступной литературе имеются многочисленные противоречивые данные об эффективности МТ [8, 9]. Однако именно МТ в настоящее время уделяется особое внимание в комплексном лечении детей в резидуальном периоде перинатального поражения ЦНС [10, 11].

Так как методы мануального воздействия вызывают значительные изменения в организме, необходима оценка эффективности проводимых процедур. Наиболее общепризнанными являются: визуальный анализ регионов позвоночника, визуальное измерение объема движения между позвоночными двигательными сегментами, регионами позвоночника в статике и динамике, в том числе при помощи компьютерной томографии, пальпаторная оценка, а также рентгенологическая диагностика статики и динамики позвоночных двигательных сегментов [10, 12]. Исследования последних лет показали, что ультразвуковое исследование (УЗИ), а именно дуплексное сканирование сосудов брахицефального ствола, может стать достоверным методом оценки проведенной МТ в связи с тем, что именно при помощи УЗИ можно оценить динамику кровотока в позвоночных артериях, т.е. оценить влияние мануального воздействия [4, 13].

Патология шейного отдела позвоночника (ШОП), проявляющаяся высокой степенью мобильности позвонков, деформации костно-суставных структур черепа и атлanto-аксиального сочленения в комплексе с ротационным компонентом (различной степени выраженности), является предрасполагающим фактором развития компрессии позвоночной артерии (ПА) и, как следствие, реализации различных патологических процессов в виде экстравазальной компрессии.

Метод УЗИ позволяет не только наиболее полно показать анатомические особенности и состояние кровотока, но и оценить динамические изменения, происходящие в описанном регионе под воздействием физического фактора [15, 16].

Целью настоящей работы являлась оценка динамики показателей мозгового кровотока в результате коррекции вертеброгенного влияния на кровоток в ПА методом мануальной терапии у детей, перенесших натальную травму шейного отдела позвоночника, с признаками нарушения осанки различной степени выраженности и клиникой вертебробазилярной недостаточности.

Задачи исследования: применение метода УЗИ в оценке состояния кровотока в позвоночных артериях и венах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе санатория «Россия» курорта Белокуриха.

В соответствии с целью и задачами исследования нами было обследовано 110 детей и подростков с диагнозом: синдром ангиодистонии в вертебрально-базилярном бассейне (ВББ) резидуального периода натальной травмы шейного отдела позвоночника. Методом рандомизации наблюдаемые больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 55 пациентов в возрасте 7–16 лет (30 девочек, 25 мальчиков, средний возраст

13±0,4), получающие санаторно-курортное лечение, включающее мануальную терапию. Группа сравнения – 55 пациентов в возрасте 8–16 лет (30 девочек, 25 мальчиков, средний возраст 13±0,4) – получала санаторно-курортное лечение, без мануальной терапии.

Критериями включения в исследование были следующие характеристики: возраст 8–16 лет и наличие синдрома ангиодистонии в ВББ на фоне натальной травмы шейного отдела позвоночника, сопровождающейся нарушением осанки кифосколиотического типа. В каротидном бассейне ангиодистонии не прослеживалось.

Критериями исключения стали: аномалия тропизма краниовертебрального отдела, шейного отдела позвоночника, выявляемые методом рентгенографии, гипоплазия, аплазия ПА, выявляемые методом УЗИ.

Исследования проводились с информированного, добровольного согласия детей и родителей в период прохождения санаторно-курортного лечения на базе санатория «Россия».

Пациенты получали комплексное медикаментозное и немедикаментозное лечение, в том числе мануальную терапию. Медикаментозное лечение включало ноотропные препараты (глицин 0,1 под язык в возрастной дозировке). Немедикаментозное лечение: термальные азотно-кремнистые ванны с малым содержанием радона, медицинский массаж спины, ЛФК, амплипульс паравертебрально на грудной отдел позвоночника, аппликации грязи на воротниковую область.

Непосредственно перед мануальной терапией проводилось прогревание паравертебральных мышц позвоночника. Кратковременное тепловое воздействие на область шеи (термохимическая грелка 40–42 °С в течение 10 мин) перед вытяжением уменьшает мышечный спазм. Это даёт возможность усилить тракционный эффект, не прибегая к большим силам тракции (Юмашев П.С., Фурман М.Е., 1984). Мануальное воздействие на шейный отдел позвоночника проводилось в виде мышечно-энергетических техник (техники Ф. Митчелла, 1954), мобилизации в две фазы. В первой вызывалось изометрическое напряжение межпозвонковых мышц. Это достигалось посредством медленного поднятия взора вверх или в стороны и совершения пациентом глубокого вдоха и задержки дыхания (в зависимости от варианта регионального постурального дисбаланса мышц). Во второй фазе пациент расслаблялся, сменяя направление взора, совершая выдох. В это время врач следовал за расслаблением тканей фиксирующе-направляющей рукой в вентро-кранио-латеральном (вправо или влево) направлении по плоскости сустава нижерасположенного позвоночного двигательного сегмента с функциональным блоком до появления болезненности и ощущения увеличения объема движения в суставе. Далее процедура повторялась вновь 3–5 раз до исчезновения болезненности и/или ограничения движения и восстановления объема движения. Всего на курс в среднем пациенты получили 4 процедуры МТ.

В течение первого-второго дня от начала лечения в санатории всем пациентам проводилось обследование, затем пациенты получали комплексное лечение, включающее МТ. После проведения процедур МТ проводилось УЗИ брахицефальных артерий и вен.

В комплекс обследования включались:

- Клиническое исследование, включающее сбор жалоб, анамнеза, визуальное исследование осанки, оценку неврологического статуса, пробы на мышечную выносливость.
- Вертеброневрологическое исследование, мануальная диагностика функциональных блокад шейного отдела позвоночника, рентгенография шейного отдела позвоночника в боковой проекции с функциональными укладками, в прямой проекции через открытый рот (проводилась однократно, для верификации диагноза).

- Ультразвуковое дуплексное цветное сканирование сосудов брахицефальных артерий и вен (проводилось на ультразвуковом сканере «Medison 8000» линейным датчиком до начала лечения и в процессе лечения после процедур МТ).

- Катамнестическое исследование (проводилось через 12 месяцев после санаторного лечения при повторном поступлении с использованием метода ультразвуковой диагностики).

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с помощью программы «Statistica 6.0». При обработке материалов исследования использовали методы математической статистики. Для оценки полученных результатов использовали методы параметрической и непараметрической статистики, с определением Медианы (М), стандартного отклонения (SD), критериев достоверности Стьюдента–Фишера (t), непараметрического критерия Вилкоксона, уровня значимости (p). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В процессе клинического исследования у всех пациентов имелись жалобы в виде частых головных болей давящего, пульсирующего характера в височно-затылочной области, различные зрительные расстройства, нарушения сна, нарушения внимания, ухудшение памяти. В анамнезе имелись данные о патологии шейного отдела позвоночника и наличии школьной дезадаптации.

При визуальном анализе состояния осанки выявлено наличие признаков нарушения осанки, характеризующихся асимметрией надплечий, разницей выстояния лопаток, сглаженностью линии талии, асимметрией расположения задних подвздошных остей.

При рентгенологическом исследовании у всех пациентов выставлен диагноз: подвывих СII.

УЗИ брахицефальных артерий и вен: проводилось измерение параметров гемодинамики в ПА. ПА лоцировали в В-режиме при продольном сканировании межпозвоночных промежутков по ходу ПА в костном канале (сегмент V2) (рис. 1, 2), в проксимальном

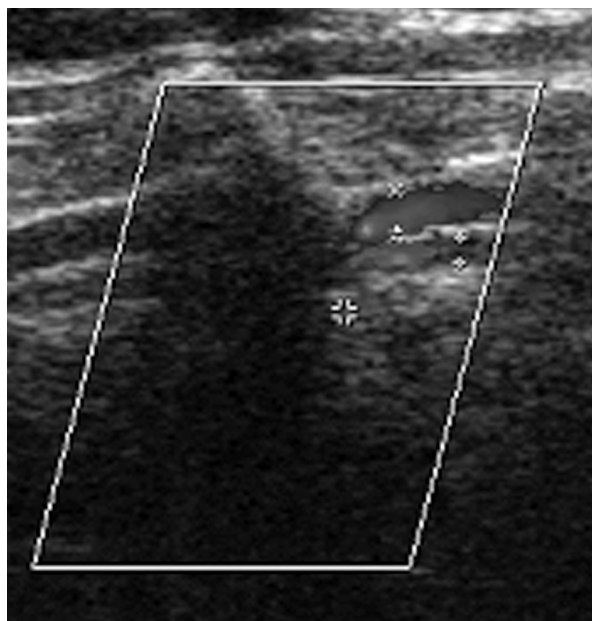


Рис. 1. Позвоночная вена, позвоночная артерия (C5–6)

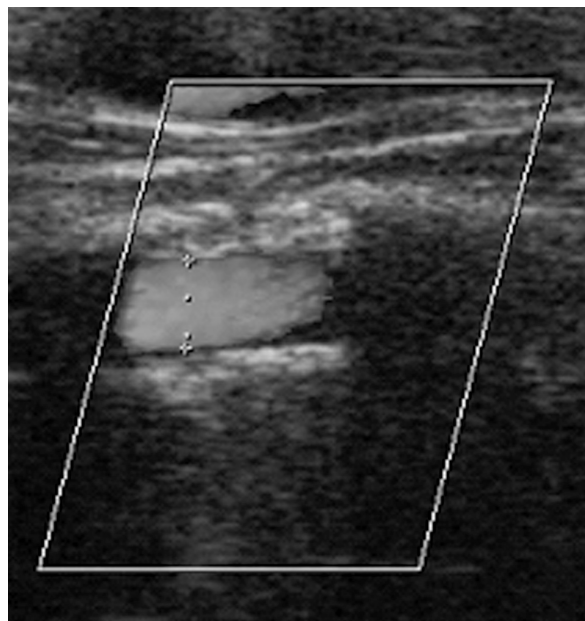


Рис. 2. Позвоночная артерия (C5–6)

сегменте (сегмент VI), в интракраниальном отделе ПА (сегмент V4). Регистрацию показателей кровотока в ПА выполняли в состоянии покоя. Для исследования был взят показатель кровотока, характеризующий экстравазальную компрессию ПА: пиковая скорость кровотока (V_{ps}) ПА проксимальных отделов, дистальных отделов, интракраниальных отделов в покое и при поворотных пробах [6]. Данное исследование проводилось за день до начала лечения.

Сразу после мануального воздействия проводилось повторное ультразвуковое дуплексное исследование. Спектр кровотоков в ПА был зарегистрирован в 100% случаев. Сравнивались показатели экстра- и интракраниальных отделов ПА. При анализе результатов, полученных при сравнительной оценке кровотока обеих ПА, отмечалось исходное превышение от нормы V_{ps} в 75 процентилях: на 16 см/сек правой ПА сегмента VI, на 6 см/сек правой ПА сегмента V2, на 32 см/сек левой ПА сегмента VI, на 15 см/сек левой ПА сегмента V2.

После проведения мануальной терапии по полученным результатам в 75 процентилях было уменьшение V_{ps} до возрастной нормы: на 6 см/сек правой ПА сегмента V1, 100% нормализация правой ПА сегмента V2, на 11 см/сек левой ПА сегмента V1, на 10 см/сек левой ПА сегмента V2, что указывает на уменьшение спондилогенного влияния на ПА в сегменте V1, V2 (табл. 1). В группе сравнения динамика показателей кровотока экстракраниальных отделов ПА не прослеживалась (табл. 2).

Сравнивался градиент V_{ps} проксимальных и дистальных отделов ПА [6]. Анализ результатов показателей градиента кровотока проксимальных и дистальных отделов до лечения и после показал, что в левой ПА уменьшения градиента не прослеживалось.

Правая ПА до лечения: градиент > 30% – 27 случаев (дистальных отделов > проксимальных отделов – 4; проксимального отдела > дистального отдела – 23) ($p < 0,05$).

Правая ПА после лечения: градиент > 30% – 17 случаев (дистального отдела > проксимального отдела – 4; проксимального отдела > дистального отдела – 13) ($p < 0,05$).

Таблица 1

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ V_{ps} ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ: ДО МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПОСЛЕ (n = 55). ОСНОВНАЯ ГРУППА

Показатель			До лечения, n = 55 ($M \pm SD$) (25–75%)	После лечения, n = 55 ($M \pm SD$) (25–75%)	P
Правая (см/сек)	V_{ps}	V1	77,0 \pm 27,4 (59–83)	70,4 \pm 20,7 (57–77)	< 0,048*
Правая (см/сек)	V_{ps}	V2	61,5 \pm 29, (43–73)	60,2 \pm 24,7 (44–66)	< 0,05*
Левая (см/сек)	V_{ps}	V1	81,0 \pm 24,1 (67–99)	74,6 \pm 23,3 (58–88)	< 0,0017**
Левая (см/сек)	V_{ps}	V2	67,4 \pm 19,3 (54–82)	63,3 \pm 17,3 (50–72)	< 0,05*

Примечание:

n – количество исследуемых пациентов.

V_{ps} пр. ПА – пиковая скорость кровотока правой позвоночной артерии.

V_{ps} лев. ПА – пиковая скорость кровотока левой позвоночной артерии.

M – медиана показателей V_{ps} .

SD – стандартное отклонение по выборке.

* – достоверность различия по отношению к предыдущим показателям по Стьюденту.

** – достоверность различия по отношению к предыдущим показателям по Вилкоксоу.

Таблица 2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ V_{ps} ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ: ДО МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПОСЛЕ ($n = 55$). ГРУППА СРАВНЕНИЯ

Показатель			До лечения, $n = 55$ ($M \pm SD$) (25–75%)	После лечения, $n = 55$ ($M \pm SD$) (25–75%)	P
Правая ПА	V_{ps} (см/сек)	V1	$71,0 \pm 24,3$ (62–80)	$70,0 \pm 23,1$ (63–82)	$< 0,72^*$
Правая ПА	V_{ps} (см/сек)	V2	$58,0 \pm 25,8$ (47–76)	$57,0 \pm 24,2$ (47–70)	$< 0,0009^*$
Левая ПА	V_{ps} (см/сек)	V1	$78,0 \pm 20,7$ (63–96)	$76,0 \pm 17,2$ (63–96)	$< 0,77^*$
Левая ПА	V_{ps} (см/сек)	V2	$63,0 \pm 18,5$ (53,5–79)	$63,0 \pm 17,2$ (53–79)	$< 0,5^*$

Примечание:

n – количество исследуемых пациентов.

V_{ps} пр. ПА – пиковая скорость кровотока правой позвоночной артерии.

V_{ps} лев. ПА – пиковая скорость кровотока левой позвоночной артерии.

M – медиана показателей V_{ps} .

SD – стандартное отклонение по выборке.

* – достоверность различия по отношению к предыдущим показателям по Фишеру.

При анализе полученных результатов отмечается уменьшение градиента V_{ps} кровотока проксимальных и дистальных отделов в 10 случаях правой ПА, что указывает об уменьшении снижения V_{ps} сегмента V2 в результате уменьшения локальной компрессии. Клинически и рентгенологически функциональный блок C1–CII был чаще справа.

В группе сравнения градиент V_{ps} кровотока проксимальных и дистальных отделов правой ПА до лечения $> 30\%$ – у 12 детей, левой ПА – у 16 детей, после лечения – у 7 детей правой ПА и 9 детей левой ПА ($p < 0,05$).

Для оценки выраженности спондилогенного воздействия на ПА проводились поворотные пробы (рис. 3). По современным данным, гемодинамически значимым снижением

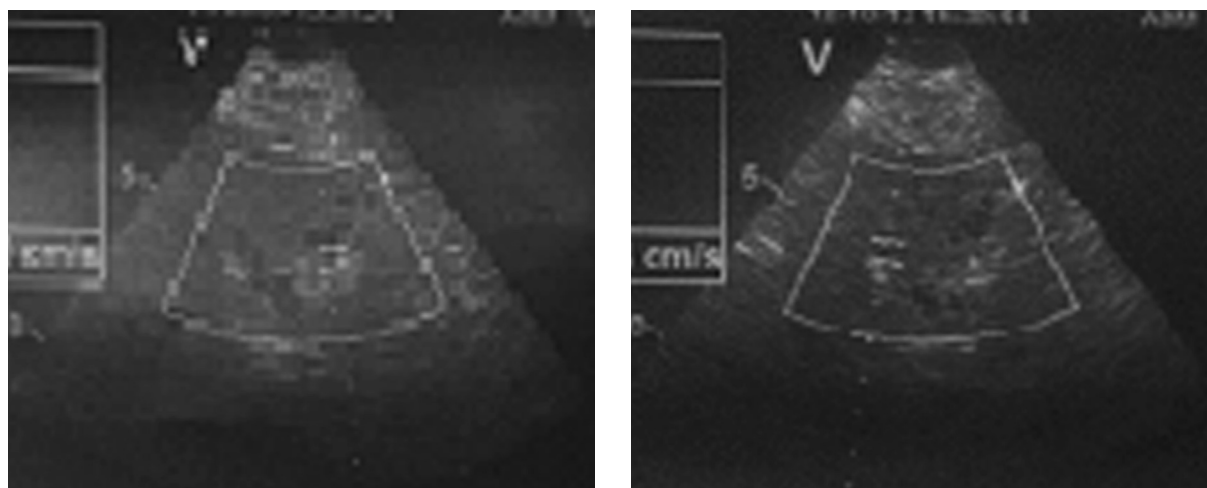


Рис. 3. Ультразвуковое исследование. Поворотная проба до мануальной терапии, после мануальной терапии

кровотока в интракраниальном сегменте ПА при проведении поворотных проб считается снижение V_{ps} на 30% и более от исходного значения, указывающее на компрессию ПА (положительная проба) [6].

По нашим наблюдениям, компрессия была выявлена в 17 случаях поворотов головы у 10 пациентов до лечения и в одном случае после лечения. При анализе результатов исследования в динамике наблюдалось уменьшение компрессии ПА при поворотных пробах с 8% случаев (до МТ) до 0,5% случаев (после МТ) ($p < 0,05$).

В контрольной группе компрессия была выявлена в 35 случаях поворотов головы до лечения и в 61 случае после лечения ($p < 0,05$). Компрессия стала проявляться чаще, так как, возможно, прогрессировала нестабильность ПДС на шейном уровне из-за подвывиха СII.

Исследование параметров кровотока ПА в сегменте V4 показало значительное превышение показателей от возрастной нормы $V_{ps,тр.}$ до лечения на 66%, после лечения – на 37%, что указывает на улучшение кровотока в интракраниальных отделах ПА (диаграмма 1). Это же объясняет уменьшение вертеброгенного влияния на ПА, клинически проявляющееся уменьшением симптомов ангиодистонии в ВББ: снижением интенсивности головных болей, прекращением головокружения, нормализацией сна, уменьшением синдро-

V_{ps}

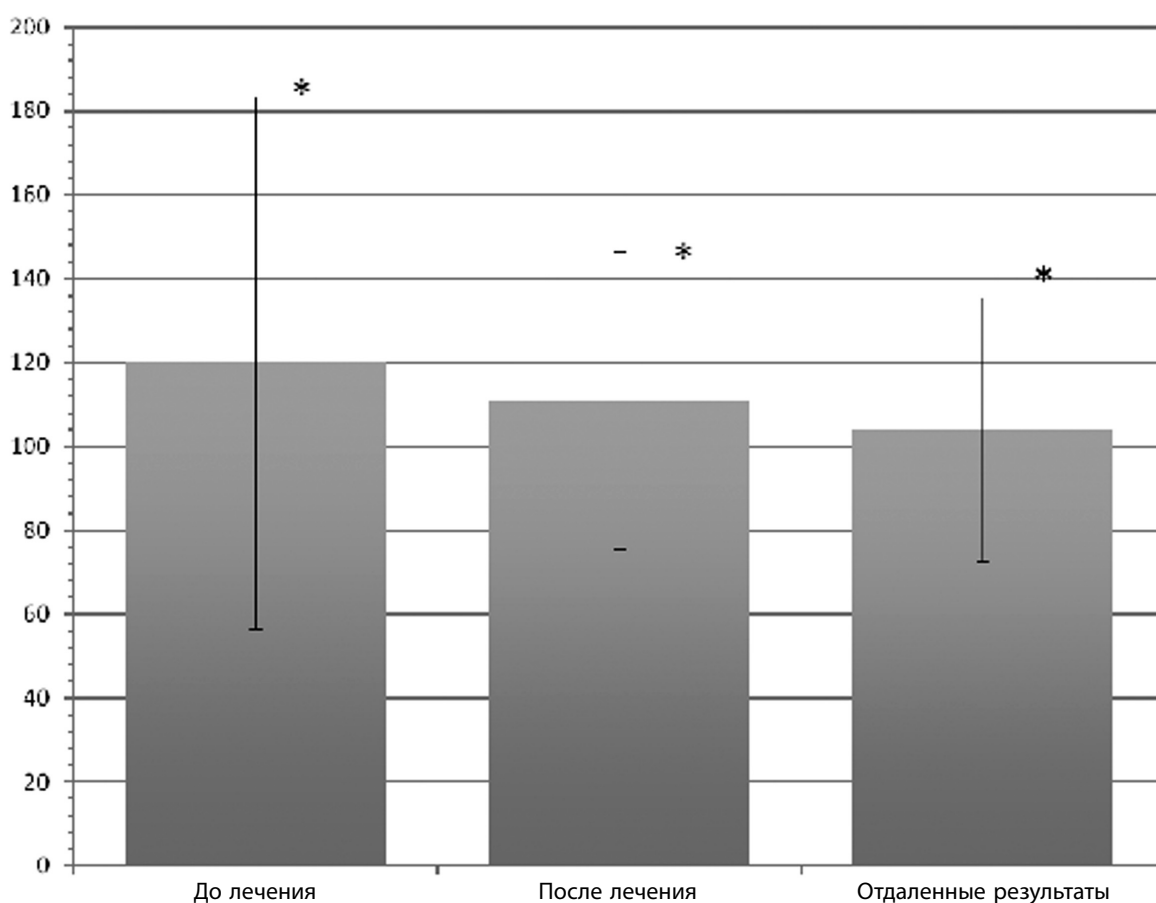


Диаграмма 1. Сравнительная характеристика показателей пиковой скорости кровотока (V_{ps}), транскраниальных отделов (в V4 сегменте левой позвоночной артерии) до и после лечения и отдаленные результаты:

* – стандартное отклонение; $P < 0,05$ (Т-критерий Вилкоксона)

ма гиперактивности, улучшением поведения детей (со слов родителей). В группе сравнения улучшение показателей кровотока ПА было незначительно (диаграмма 2).

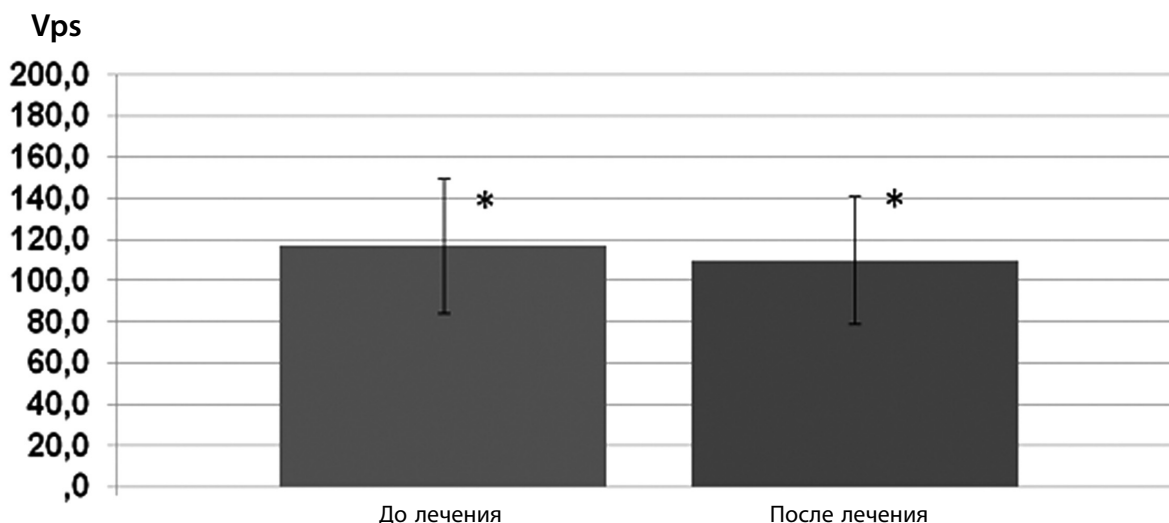


Диаграмма 2. Сравнительная характеристика показателей пиковой скорости кровотока (Vps), транскраниальных отделов (в V4 сегменте левой позвоночной артерии) до и после лечения. Группа сравнения:

* – стандартное отклонение; $P > 0,5$ (Тест Фишера)

Катамнестическое исследование: повторное исследование через год проведено у 20 детей (табл. 3), показало сохранение улучшенных показателей кровотока экстракраниальных отделов ПА. Градиент Vps проксимальных и дистальных отделов – менее 30% у 13 человек. Отрицательная поворотная проба – у 16 человек. Исходя из полученных результатов можно утверждать о стабильности эффективности проведённого лечения. Со слов родителей, в 90% случаев дети для формирования мышечного корсета в течение года занимались ЛФК, получали сеансы медицинского ручного массажа. У детей в течение

Таблица 3

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ V_{ps} ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ: ПОСЛЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ЧЕРЕЗ ГОД (n = 20). ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатель			Основная группа n = 20 (М)	Группа сравнения n = 20 (М)	P
Правая (см/сек)	Vps	V1	$\frac{67,0}{65,0^*}$	$\frac{95,0}{92,0^*}$	$< \frac{0,5}{0,7^*}$
Правая (см/сек)	Vps	V2	$\frac{56,0}{58,0^*}$	$\frac{75,0}{75,0^*}$	$< \frac{0,3}{0,5^*}$
Правая (см/сек)	Vps	Tr	$\frac{104,0}{109,0^*}$	$\frac{117,0}{110,0^*}$	$< \frac{0,6}{0,8^*}$

Примечание:

n – количество исследуемых пациентов.

В числителе указаны показатели сразу после лечения, в знаменателе – через год.

Vps. пр. ПА – пиковая скорость кровотока правой позвоночной артерии.

Vps. лев. ПА – пиковая скорость кровотока левой позвоночной артерии.

М – медиана показателей Vps.

* – достоверность различия по отношению к предыдущим показателям по Фишеру.

года не было симптомов хронической головной боли, улучшилось поведение, улучшилось обучение в школе, нормализовался сон.

ВЫВОДЫ

Полученные результаты соответствуют представлениям о признаках спондилогенного воздействия на позвоночную артерию.

Таким образом, проведенное исследование показало, что ультразвуковая оценка спондилогенного влияния на позвоночную артерию доступна, эффективна, информативна.

Контрольное исследование, проведенное после мануального воздействия, выявило достоверное улучшение показателей пиковой скорости кровотока, градиента Vps кровотока проксимального и дистального отделов позвоночной артерии, уменьшение компрессии интракраниальных отделов позвоночной артерии при поворотных пробах. Динамика данных показателей является критерием оценки эффективности коррекции спондилогенного влияния на кровоток в позвоночной артерии. Метод ультразвукового исследования кровотока позвоночной артерии может применяться в оценке эффективности мануальной терапии детей и подростков с перинатальной травмой шейного отдела позвоночника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Володин, Н.Н. Актуальные проблемы перинатальной неврологии на современном этапе / Н.Н. Володин, С.О. Рогаткин, М.И. Медведев // Неврология и психиатрия. – 2001. – № 101(7). – С. 4–9.
2. Плеханов, Л.А. Перинатальная патология центральной нервной системы при цервикальных вертебромиелогических расстройствах у детей : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.А. Плеханов. – Екатеринбург, 2006. – 52 с.
3. Шниткова, Е.В. Нервно-психическое здоровье детей, перенесших перинатальное поражение нервной системы / Е.В. Шниткова, Е.М. Бурцев, А.Е. Новиков, М.С. Филофова // Журн. неврол. и психиатр. – 2000. – № 3. – С. 57–59.
4. Saito, K. Vertebral artery occlusion in duplex color-coded ultrasonography / K. Saito K. Kimura, et al. // Manual Therapy. – 2000. – V. 5, N 1. – P. 21–29.
5. Селезнев, А.М. Патогенетическая терапия при синдроме позвоночной артерии (новые методы лечения) : методическое пособие / А.М. Селезнев, М.Д. Стулин, С.А. Козлов и др. ; под ред. В.А. Карлова. – М. : ММСИ, 1997. – 80 с.
6. Чутко, Л.С. Применение кортексина в лечении синдрома нарушения влияния с гиперактивностью у детей и подростков : методические рекомендации / Л.С. Чутко, Ю.Д. Кропотов и др.; под ред. А.А. Скоромца. – СПб., 2003. – 40 с.
7. Шмидт, И.Р. Вертеброгенный синдром позвоночной артерии / И.Р. Шмидт. – Новосибирск, 2001. – 200 с.
8. Васильева, Л.Ф. Мануальная терапия с основам прикладной кинезиологии в педиатрии : учебное пособие / Л.Ф. Васильева, А.А. Тяжельников и др. – М. : РГМУ, 2001.
9. Ernst, E. Life-Threatening Complications of Spinal Manipulation / E. Ernst // Stroke. – 2001. – V. 32, N 3. – P. 809–810.
10. Васильева, Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия (клиническая биомеханика патобиомеханика) : руководство для врачей / Л.Ф. Васильева, И.А. Литвинов. – СПб. : ООО «Издательство Фолиант», 2001. – 400 с.
11. Новосельцев, С.В. Вертебрально-базилярная недостаточность. Возможности мануальной диагностики и терапии / С.В. Новосельцев ; под ред. акад. РАМН А.А. Скоромца. – СПб. : ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2007. – 208 с.
12. Васильева, Л.Ф. Визуальная диагностика статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека / Л.Ф. Васильева. – Иваново : МИК, 1996. – 112 с.

13. Куликов, В.П. Ультразвуковая диагностика сосудистых заболеваний / под ред. В.П. Куликова ; 1-е издание. – М. : ООО фирма «СТРОМ», 2007. – 512 с. : ил.
14. Вилепский, Б.С. Инсульт / Б.С. Вилепский. – СПб. : МИА, 1995.
15. Дическул, М.Л. Ультразвуковые диагностические критерии разграничения и гипоплазии позвоночной артерии / М.Л. Дическул, В.П. Куликов // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2010. – № 4. – С. 46–48.
16. Jonson, C. Measurement of blood flow in the vertebral artery using colourduplex Doppler ultrasound: establishment of the reliability of selected parameters / C. Jonson, R. Grant et al. // Stroke. – 2001. – V. 35, N5. – P. 1068–1072.

Романова Лариса Анатольевна

E-mail: laromanova22@list.ru

УДК 616-073.75

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ И АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

В.В. Смирнов, Н.П. Елисеев
ООО «Центр Реабилитации». Обнинск, Россия

X-RAY DIAGNOSTICS OF GENERATIVE-DYSTROPHIC CHANGES AND DEVELOPMENT ANOMALIES OF THE LUMBAR SPINE

V.V. Smirnov, N.P. Yeliseev
"Rehabilitation Center" LLC. Obninsk, Russia

РЕЗЮМЕ

На основании проведенного клинико-рентгенологического исследования изучены частота и варианты аномалий развития пояснично-крестцового отдела позвоночника, описаны их клинические проявления. Определена взаимосвязь между наличием, выраженностью аномалий развития и дегенеративно-дистрофическими изменениями поясничного отдела позвоночника, а также их клиническими проявлениями.

Ключевые слова: пояснично-крестцовый отдел позвоночника, дегенеративно-дистрофические изменения, аномалии развития позвоночника.

SUMMARY

An incidence rate and versions of development anomalies of the lumbar spine were investigated on the basis of a clinical X-ray study performed; and their clinical manifestations are described. The correlation between presence and severity of development anomalies and generative-dystrophic changes of the lumbar spine as well as their clinical manifestations is identified.

Key words: lumbar spine, generative-dystrophic changes, development anomalies of the spine.

Аномалии развития пояснично-крестцового отдела позвоночника привлекают внимание ученых в течение многих столетий, однако их роль в возникновении болезненных проявлений до сих пор остается спорной. Не решен вопрос о причине возникновения поясничной боли при таких аномалиях развития пояснично-крестцового отдела позвоночника, как скрытая расщелина дуги поясничных и крестцовых позвонков, спондилолиз с исходом в спондилолистез, бабочкообразная деформация тел позвонков, клиновидные поясничные позвонки, сакрализация, люмбализация, тропизм суставных отростков, рудиментарные ребра, конкресценция позвонков, персистирующие апофизы отростков и др. Существующие по этому вопросу мнения противоречивы [2, 6, 12, 15].

Некоторые авторы рассматривают аномалии развития пояснично-крестцового отдела позвоночника как непосредственную причину поясничной боли [1, 3, 8, 11, 14, 17]. Обследование больших контингентов здоровых лиц с выявлением у них различных аномалий, не сопровождающихся болевыми реакциями в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, позволило ряду авторов рассматривать их как не имеющие клинического значения

и отнести возникающую боль в поясничном отделе позвоночника к сопутствующим заболеваниям [3, 4, 7, 9, 16, 18].

В диагностическом отношении аномалии развития позвоночника не всегда ясны, а клинические проявления их в большинстве случаев не являются типичными ввиду полиморфизма симптомов. Наряду с этим не установлена взаимосвязь аномалий развития с возникновением дегенеративно-дистрофических заболеваний и не получили окончательного разрешения вопросы лечения лиц с аномалиями развития пояснично-крестцового отдела позвоночника. Недостаточно внимания уделяется результатам лечения и профессиональной реабилитации больных с аномалиями развития пояснично-крестцового отдела с явлениями люмбалгии или люмбоишиалгии [4, 8, 12, 14, 17].

Нами было обследовано 624 больных (352 женщины и 272 мужчины) в возрасте от 6 до 82 лет с подозрением на патологические процессы в позвоночнике. Большинство обследованных – 341 (54,6%) – составили лица в возрасте 31–50 лет, т.е. лица трудоспособного возраста. Показаниями к рентгенологическому исследованию служили клинические проявления заболеваний. Соответственно клиническим данным все больные были разделены на 2 группы. К 1-й группе отнесено 467 человек (74,8%) с заболеваниями периферической нервной системы. Во 2-ю (контрольную) группу вошли 157 человек (25,2%) – больные травматологическими, урологическими, онкологическими заболеваниями.

В 1-й группе больных с заболеваниями нервной системы выявлено 292 человека (62,6%) с дегенеративно-дистрофическими процессами в позвоночнике, а во 2-й – 62 (39,5%).

Мы учитывали наличие и особенности дегенеративно-дистрофических процессов и аномалий развития позвоночника в зависимости от возраста. Так, в 1-й группе в возрасте 21–30 лет 28,7% (84) обследованных имели дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике, а во 2-й группе – только 9,6% (6), в возрастной группе 51–60 лет в 1-й группе дегенеративно-дистрофические изменения имелись у 83% (242), а во 2-й группе – лишь у 52% (32).

Сочетание аномалий развития позвоночника и дегенеративно-дистрофических изменений в нем в 1-й группе наблюдалось в 78,1% (228), а во 2-й – в 20,9% (13).

Кроме того, у больных с аномалиями позвоночника дегенеративно-дистрофические изменения выявлялись в молодом возрасте (18–30 лет) в 3 раза чаще (у 28,7%), чем у лиц без аномалий (у 9,6%). Наши данные статистически достоверно показывают, что, начиная с 51 года жизни, дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике отмечались у всех больных с аномалиями (292) против 67,7% (42) без аномалий.

Мы проанализировали также частоту различных видов дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике у больных с аномалиями и без них. Из полученных данных следует, что у больных с аномалиями позвоночника преобладали более тяжелые дегенеративно-дистрофические процессы. Так, у больных с аномалиями позвоночника дистрофические изменения межпозвонковых дисков обнаруживались у 179 больных (78,5%) (в 1,6 раза чаще), спондилолистез – у 15 (5,1%) (в 2,3 раза), а деформирующий артроз межпозвонковых суставов – у 202 (69,2%) (в 4 раза чаще, чем у больных без аномалий). У больных без аномалий позвоночника преобладал деформирующий спондилез (у 72,8%).

При анализе спондилограмм 168 исследуемых больных с аномалиями развития пояснично-крестцового отдела позвоночника у 130 (77,2%) выявлены одиночные, у 38 (22,6%) – множественные аномалии развития пояснично-крестцового отдела позвоночника. На основании полученных данных клинко-рентгенологического исследования нами

все аномалии были разделены на следующие группы: одиночные, множественные, симметричные и асимметричные.

Данные исследования показали, что из всех выявленных одиночных аномалий развития у 48 пациентов (36,9%) было выявлено незаращение дуг поясничных и крестцовых позвонков, у 20 (15,4%) отмечались различные вариации развития отростков в виде их увеличения, деформации, у 19 (14,6%) – аномалии тропизма суставных отростков, у 31 (23,5%) – сакрализация, у 11 (8,4%) – люмбализация, у 7 (5,4%) – спондилолиз со спондилолистезом, у 2 (1,5%) – конкреценция; персистирующие апофизы отростков – у 2 (1,5%) и аномалия развития крестца – у 1 (0,7%) (рис. 1–4).

Наибольший процент составили люди трудоспособного возраста – 21–50 лет – 84 (64,6%). С достижением возраста 60–70 лет обращаемость лиц с аномалиями развития пояснично-крестцового отдела составила – 11 (8,4%).

Среди множественных врожденных аномалий развития пояснично-крестцового отдела позвоночника наблюдались аномалии развития в виде незаращения дуг поясничных и крестцовых позвонков и спондилолиза с исходом в спондилолистез у 9 пациентов (23,6%).



Рис. 1. Врожденное незаращение задней дуги S1 (Spina bifida posterior S1). На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника в прямой проекции определяется расщелина задней дуги S1



Рис. 2. Аномалия тропизма суставных отростков. На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника в прямой проекции суставные отростки L5 расположены в сагиттальной плоскости



Рис. 3. Спондилолиз L5.
Щель на уровне межсуставного
пространства – спондилолиз



Рис. 4. Конкреция L3–L4



Одинаково часто встречались такие множественные аномалии, как тропизм суставных отростков с незаращением дуг и аномалия развития поперечных отростков 5 поясничного позвонка с тропизмом – у 8 (21,1%) (рис. 5).



Рис. 5. Врожденное незаращение задней дуги S1. Аномалия тропизма суставных отростков.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника в прямой проекции левые суставные отростки S1 и L5 расположены фронтально, суставные щели неразличимы, тени суставных отростков накладываются одна на другую; суставные щели правых дугоотростчатых суставов хорошо определяются, правые суставные отростки расположены в сагиттальной плоскости

Сочетание таких аномалий, как гипоплазия 12 ребер с сакрализацией и аномалиями развития отростков, встречалось у 5 (13,1%) (рис. 6).



Рис. 6. Гипоплазия 12 ребер.
Врожденное незаращение задней дуги L5 (Spina bifida posterior L5).
Левосторонняя сакрализация L5

Такие множественные аномалии развития, как тропизм суставных отростков со спондилолизом с исходом в спондилолистез и аномалия отростков поясничных позвонков встретились в 2 (5,2%) случаях.

Как одиночные, так и множественные аномалии развития в основном располагались в нижнепоясничном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника. В 4–5 поясничных и 1–2 крестцовых позвонках выявлено 74,4% (у 124 пациентов) аномалий развития пояснично-крестцового отдела позвоночника. Локализация аномалий в 3–4 поясничных позвонка отмечена в 22,6% (у 38 пациентов). Значительно реже аномалии локализовались в 1 и 2 поясничных позвонках – 2,9% (у 5 пациентов).

Наряду с одиночными и множественными аномалиями развития пояснично-крестцового отдела позвоночника нами выявлены симметрично расположенные аномалии развития в 77,9% (у 131) и асимметричные – в 22,0% (у 37). Среди лиц с аномалиями развития преобладали лица, занимающиеся физическим трудом, – 39,2% (66 пациентов); служащие составили 25,6% (43); учащиеся школ, техникумов, вузов, пенсионеры и домохозяйки – 33,9% (57). Продолжительность заболевания с момента возникновения первых симптомов проявления аномалий развития исчислялась тремя-пятью годами у 34% больных; до 3-х лет – у 22,2%; от 5 до 10 лет – у 16,3%; до 1 года и свыше 10 лет – у 13,9% исследуемых.

К причинным факторам начала неврологических проявлений при аномалиях развития пояснично-крестцового отдела позвоночника относились чрезмерная физическая нагрузка на позвоночник, макро- и микротравмы, переохлаждение и др. Большинство больных при поступлении предъявляли жалобы на боли в пояснице и ногах. Боли возникали по типу люмбалгии, люмбоишиалгии с фиксацией туловища в вынужденных положениях. Усиление болей в пояснице отмечалось при сгибании, разгибании, наклонах туловища вперед и стороны, чихании, кашле, перемене погоды, при волнении, при прыжках в длину, высоту и др. При этом они иррадиировали в одну или обе нижние конечности, икроножную мышцу и стопу. Отсутствовала боль в поясничной области у 12,5% (21) исследуемых пациентов.

Поскольку среди всех аномалий развития пояснично-крестцового отдела позвоночника имеются одиночные, множественные, симметричные и ассиметричные вариации, клинические симптомы их, соответственно, идентичны внутри каждой группы. Однако внутри некоторых групп имеются аномалии, для которых специфичны определенные симптомы. Так, среди одиночных симметричных аномалий тотальное незаращение дуг или тел двух-трех поясничных или крестцовых позвонков характеризовалось дизрафическими изменениями в виде гипертрихоза (волосистый треугольник в пояснично-крестцовой области), вегетативных изменений нижних конечностей в виде их похолодания, нарушения трофики кожи ног в виде бледных пятен, чередующихся с цианотичными, шелушения ее и сухости. Для такой одиночной симметричной аномалии, как спондилолиз 4 или 5 поясничных позвонков с исходом в спондилолистез, характерными являются жалобы на чувство тяжести в ногах (ноги ватные), усиленный лордоз, клювовидный уступ в пояснично-крестцовом отделе позвоночника за счет сползания позвонка, рано возникающее снижение ахиллова рефлекса с одной или обеих сторон [3, 9, 11, 14].

При ассиметричных аномалиях рано возникают деформации позвоночника в виде сколиоза, кифосколиоза, перекоса таза, ведущие к соответствующему неврологическому симптомокомплексу.

Отмечается определенная закономерность клинического течения, возникающих последствий при одиночных и множественных вариациях. При множественных аномалиях в виде незаращения дуг или тел поясничных или крестцовых позвонков со спондилолизом и исходом в спондилолистез рано возникает нейроортопедический симптомокомплекс (люмбалгия с иррадиацией в одну или обе ноги, тяжесть, похолодание, чувство онемения нижних конечностей, усиление поясничного лордоза с образованием клювовидного уступа, снижение ахиллова рефлекса и др.). При множественных аномалиях рано возникает сколиоз, кифосколиоз, остеохондроз, нестабильность поясничного отдела позвоночника, что при отсутствии своевременного лечения приводит больных к инвалидности [2, 9, 18].

Независимо от локализации аномалий развития пояснично-крестцового отдела позвоночника, у большинства лиц рано или поздно возникали «дискомфорт» в пояснично-крестцовом отделе, быстрая утомляемость, сглаженность или усиление поясничного лордоза, рефлекторное боковое или передне-заднее искривление поясничного отдела позвоночника (сколиоз или кифосколиоз), болезненность остистых отростков и межостистых связок, паравертебральных точек на уровне и выше аномалий развития, напряжение длинных мышц спины, болезненная осевая нагрузка на позвоночник, ограничение движений туловища вперед, назад и в стороны, гипотония ягодичных, бедренных мышц, голени, снижение коленного или ахиллова рефлекса, корешковые расстройства чувствительности нижних конечностей, выражены симптомы Ласега, Нери, вегетативные нарушения, нестабильность пояснично-крестцового отдела [3, 5, 9, 13]. Остеохондроз выявлен у 51,7% (87)

больных, спондилёз, спондилоартроз и артроз аномальных сочленений – у 22,6% (38), сколиоз, кифосколиоз – у 34,5% (58), нестабильность пояснично-крестцового отдела – у 19,6% (33).

Таким образом, нами при клинико-рентгенологическом исследовании выявлены одиночные, множественные, симметричные и асимметричные аномалии развития пояснично-крестцового отдела позвоночника. Перечисленные аномалии в основном (74,4%) располагались в нижнепоясничном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника. Лишь 25,6% аномалий локализовались в верхнепоясничном отделе.

Среди выявленных одиночных аномалий развития, лиц с незаращением дуг поясничных и крестцовых позвонков было 36,9%, аномалиями развития отростков – 15,4%, тропизмом суставных отростков – 14,6%, сакрализацией – 23,5%, люмбализацией – 8,4 %, спондилолизом со спондилолистезом – 5,4%, конкреценцией – 1,5%, персистирующими апофизами отростков – 1,5%.

Множественные аномалии часто встречаются в виде незаращения дуг или тел со спондилолизом и спондилолистезом (23,6%); незаращения дуг с тропизмом суставных отростков, люмбализацией или сакрализацией (21,5%); тропизма с аномалией отростков (21,5%); сакрализации или люмбализации со спондилолизом и спондилолистезом (18,2%); рудиментарного ребра поясничных позвонков с люмбализацией и аномалией отростков (13,1%). Редко встречается тропизм со спондилолизом и аномалией отростков (5,2%).

У большинства больных проявление аномалий развития пояснично-крестцового отдела позвоночника было выражено в виде люмбалгии, люмбоишиалгии, нарушения чувствительности и рефлексов, перекоса таза, сколиоза, кифосколиоза и др. Причинными факторами проявлений аномалий были чрезмерная физическая нагрузка на позвоночник, макро- и микротравма.

Все аномалии развития пояснично-крестцового отдела позвоночника выявлены с помощью спондилографии. Поскольку исходом аномалий являются дегенеративно-дистрофические изменения, нередко сочетание их со спинальными расстройствами. Поэтому всем больным рекомендовано проводить спиральную компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию.

Дегенеративно-дистрофические изменения были идентичны как на уровне аномалий, так и выше или ниже их. Более выраженные дегенеративно-дистрофические изменения выявлены в телах позвонков, дисках и окружающих тканях при асимметричных клиновидных позвонках, спондилолизе с исходом в спондилолистез, односторонней сакрализации, люмбализации и множественных аномалиях. Значительно раньше дистрофические изменения возникают в окружающих позвоночник тканях при асимметричных и множественных аномалиях.

У больных с аномалиями позвоночника преобладали более тяжелые дегенеративно-дистрофические процессы. Так, дистрофические изменения дисков обнаруживались у больных с аномалиями позвоночника в 1,6 раза чаще, спондилолистез – в 2,3 раза, а деформирующий артроз межпозвонковых суставов – в 4 раза чаще, чем у больных без аномалий. У больных без аномалий позвоночника преобладал деформирующий спондилез (72,8%).

Дегенеративно-дистрофические изменения и аномалии развития позвоночника, а также их сочетания выявляются чаще при целенаправленном исследовании лиц с заболеваниями периферической нервной системы; дегенеративно-дистрофические процессы в позвоночнике этих больных диагностируются в более молодом возрасте, имеется тенденция к развитию у них более тяжелых видов дегенеративно-дистрофических изменений. Аномалии пояснично-крестцового отдела позвоночника приводят к преждевремен-

ной дегенерации костной основы и мягких тканей, как на уровне, так и выше или ниже аномалий, люмбалгии, люмбоишиалгии, нарушению трудоспособности. Выраженная частота остеохондроза, спондилёза, артроза аномальных сочленений, нестабильности, спондилолистеза являются следствием аномалий развития пояснично-крестцового отдела позвоночника [7, 9, 11, 18].

Основным принципом лечения ранних форм проявления аномалий развития является комплексное консервативное, заключительным этапом которого нередко бывает санаторно-курортное. Хирургическое лечение при аномалиях развития проводится по строгим показаниям. При врожденном спондилолизе поясничных позвонков, тотальном незаращении дуг крестцовых или поясничных позвонков со спондилолизом, развившейся нестабильности поясничного отдела консервативная терапия не дает эффекта, в связи с чем рекомендовано оперативное лечение. Мерой профилактики стойких нарушений трудоспособности лиц с аномалиями развития пояснично-крестцового отдела позвоночника является рациональное трудоустройство, соблюдение режима труда и быта [9, 10, 12, 14].

ЛИТЕРАТУРА

1. Дьяченко, В.А. Рентгеноостеология (норма и варианты костной системы в рентгеновском изображении) : пособие для изучающих рентгенологию / В.А. Дьяченко. – М. : Медгиз, 1954. – С. 298.
2. Лагунова, И.Г. Рентгеновская семиотика заболеваний скелета / И.Г. Лагунова. – М. : Медицина, 1966. – С. 156.
3. Либерман, А.В. Лучевая диагностика и неврологические проявления аномалий развития краниовертебральной зоны и позвоночника : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Либерман. – Казань, 2000.
4. Марцив, О.Д. Рентгенодиагностика дегенеративных процессов и аномалий развития позвоночника / О.Д. Марцив // Вестн. рентгенол. и радиолог. – 1981. – № 1. – С. 86–88.
5. Михайлов, М.К. Значение лучевых методов исследования в диагностике заболеваний, аномалий развития, поврежденного шейного отдела позвоночника и его связочного аппарата у детей / М.К. Михайлов // Вертеброневрология. – 1992. – № 1. – С. 19–20.
6. Орел, А.М. Рентгенодиагностика позвоночника для мануальных терапевтов. Том 1: Системный анализ рентгенограмм позвоночника. Рентгенодиагностика аномалий развития позвоночника / А.М. Орел. – М. : Издательский дом Видар, 2006. – С. 312.
7. Орел, А.М. Рентгенодиагностика позвоночника для мануальных терапевтов. Том 2: Рентгеноанатомия позвоночника / А.М. Орел. – М. : Издательский дом Видар, 2009. – С. 388.
8. Парамонов, Л.В. Рентгенодиагностика краниовертебральных аномалий / Л.В. Парамонов, С.С. Шифрин // Вопросы нейрохирургии. – 1976. – №6. – С. 10.
9. Тагер, И.Л. Рентгенодиагностика заболеваний позвоночника / И.Л. Тагер. – М. : Медицина, 1983. – С. 208.
10. Федосеева, М.А. Аномалии развития пояснично-крестцового отдела позвоночника (клин.-эксперим. исслед.) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.А. Федосеева. – М., 1978.
11. Хасанов, М. Аномалия тропизма пояснично-крестцового отдела позвоночника : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. Хасанов. – М., 1974.
12. Хабибуллин, И.Р. Аномалии развития позвоночника / И.Р. Хабибуллин, М.К. Михайлов. – Казань, 1989. – С. 62.
13. Medina, L.S. Newborns with suspected occult spinal dysraphism: a cost-effectiveness analysis of diagnostic strategies / L.S. Medina, K. Crone, K.M. Kuntz // Pediatrics. – 2001. – Vol. 108, N 6. – P. 101.

14. Peck, Wallace W. Pediatric Spinal Anomalies / Wallace W. Peck, MD, John R. Hesselink, MD, A. James Barkovich, MD. – N.Y., 2000. – P. 205.
15. McMaster, M.J. Occult intraspinal anomalies and congenital scoliosis / M.J. McMaster // J-Bone-Joint-Surg-Am. – 1984. – V. 66(4). – P. 588–601.
16. Broughton, Nigel S. Orthopaedic Management of Spina Bifida Cystica / Nigel S. Broughton, Malcolm B. Menelaus. – London: Elsevier, 1998. – P. 216.
17. Caldarelli, M. Treatment of hydromyelia in spina bifida / M. Caldarelli, C. Di Rocco, F. La Marca // Surg. Neurol. – 1998. – V. 50(5). – P. 411–420.
18. Chopra, S. MR spectrum in spinal dysraphism / S. Chopra, M.S. Gulati, S.B. Paul, P. Hatimota, R. Jain, S. Sawhney // Eur Radiol. – 2001. – V. 1(3). – P. 497–505.

Елисеев Николай Петрович

E-mail: mtj.ru@mail.ru

УДК 615.828, 616.1

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ОСТЕОПАТИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ К АОРТО-КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ И ПОСЛЕДУЮЩЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Д.С. Лебедев¹, А.Н. Сержантов², К.П. Сергушов³

¹ Кафедра остеопатии СГЗМУ им. И.И. Мечникова. Санкт-Петербург, Россия

² Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗ РФ. Москва, Россия

³ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Поликлиника №1» Управления делами Президента РФ. Москва, Россия

THE APPLICATION OF OSTEOPATHIC TECHNIQUES IN THE PREPARATION OF PATIENTS FOR CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING AND SUBSEQUENT RESTORATIVE TREATMENT

D.S. Lebedev¹, A.N. Serzhantov², K.P. Serguchov³

¹ Osteopathy Department, North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov. Saint-Petersburg, Russia

² Federal Center for Cardiovascular Surgery, Russian Ministry of Health. Moscow, Russia

³ Federal state budgetary institution "Out-patient clinic No.1" of the Russian Presidential Executive Office. Moscow, Russia

РЕЗЮМЕ

В работе изучена возможность использования методов остеопатии для подготовки больных к операции АКШ и последующему восстановительному лечению в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: аорто-коронарное шунтирование, срединная стернотомия, УЗИ сердца, спирография, УЗИ плевральных полостей, висцеросоматические дисфункции, остеопатия.

SUMMARY

We investigated the possibility of using osteopathy methods to prepare patients for CABG surgery and for subsequent rehabilitation in the postoperative period.

Key words: coronary artery bypass grafting, median sternotomy, heart ultrasound, spirometry, ultrasound of the pleural cavities, viscerosomatic dysfunction, osteopathy.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В России от сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых лидирующее место занимает ишемическая болезнь сердца (49,3%), в 2014 г. погибли около 1,1 млн человек. Самым эффективным способом лечения больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) на сегодняшний день является прямая реваскуляризация миокарда – аорто-коронарное шунтирование (АКШ) [1–5].

Основным хирургическим доступом при коронарном шунтировании в РФ и в мире является срединная стернотомия, сопровождающаяся выраженным болевым синдромом, которым в послеоперационном периоде страдают около 75% пациентов. Сами по себе послеоперационные болевые ощущения представляют только видимую часть айсберга, являясь первопричиной развития патологического послеоперационного синдрома (табл. 1) [3, 4, 6–9].

Таблица 1

КОМПЛЕКСНОЕ ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ НА ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ

<i>Система</i>	<i>Эффект</i>
Сердечно-сосудистая	Тахикардия, гипертензия, аритмии, острая ишемия миокарда
Дыхательная	Снижение дыхательного объема и жизненной емкости легких, нарушение дренажа мокроты, ателектазы, пневмония и гипоксемия
Желудочно-кишечный тракт	Парез кишечника, транслокация бактериальной флоры кишечника
Свертывание крови	Гиперкоагуляция, тромбозы глубоких вен нижних конечностей, тромбэмболия легочной артерии
Центральная нервная система (ЦНС)	Формирование хронического послеоперационного болевого синдрома

Подсчитано, что частота возникновения постторакалотомического хронического болевого синдрома (ХПБС) приближается к 45 %. Развитие послеоперационного ХБС является серьезной медико-социальной проблемой, имеющей, кроме всего прочего, большое экономическое значение. По некоторым подсчетам, стоимость лечения ХПБС, развившегося у 30-летнего пациента, к концу его жизни достигает 1 000 000 \$ (1–3).

Поэтому проблема профилактики и лечения болевого синдрома после срединной стернотомии остро нуждается во внедрении новых методов, которые позволят повысить качество лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оптимизировать подготовку больных с ИБС к проведению операции АКШ и их последующее восстановительное лечение для снижения интенсивности постторакалотомического болевого синдрома.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Провести клинико-лабораторное и остеопатическое обследование пациентов с ИБС перед проведением АКШ. Изучить структуру соматических дисфункций у данной категории пациентов.
- Изучить возможность оптимизации подготовки пациентов к АКШ с помощью остеопатической коррекции.
- Оценить использование остеопатической коррекции в комплексном восстановительном лечении после проведения АКШ.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Число вошедших в анализ пациентов – 60. Критериями включения пациентов в исследование являлись: возраст от 40 до 60 лет, пол мужской, наличие ИБС (перенесенный ранее инфаркт миокарда – не ранее 1 года), перенесенная срединная стернотомия, искусственное кровообращение (ИК), аорто-коронарное шунтирование. Наблюдение за пациентами длилось от 11 до 30 койко-дней.

В работе представлены результаты обследования и лечения хирургических больных с диагнозом ИБС, находившихся на стационарном лечении в ФЦССХ Минздрава России в период с августа 2014 по апрель 2015 года.

Пациенты разделены на 3 группы:

1 группа (20 пациентов) – контрольная: проводилось динамическое наблюдение и оценка результатов исследования.

2 группа (20 пациентов): проводилось остеопатическое лечение после стернотомии и аорто-коронарного шунтирования, оценка результатов исследования. Лечение проводилось через день, максимальное количество сеансов – 10.

3 группа (20 пациентов): проводилось остеопатическое лечение до и после проведения стернотомии и аорто-коронарного шунтирования, оценка результатов исследования. Проводилось 2 сеанса остеопатического лечения через день до операции и от 5 до 7 сеансов после проведения АКШ.

20% пациентов были исключены из наблюдения из-за интраоперационных осложнений, связанных с техникой проведения операции (кровотечения, несостоятельность анастомозов и т.д.), поэтому в выводах произведена оценка 48 пациентов: по 16 пациентов в каждой группе.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Сбор жалоб, анамнеза, оценка соматического статуса.
2. Остеопатическая диагностика (по протоколу):
 - общий осмотр;
 - пальпация (костная, связочная, мышечная);
 - глобальные тесты (активные, пассивные);
 - специфическая диагностика соматических дисфункций.
3. **Визуально-аналоговая шкала боли**
 0 (нет боли) ===== 10 (максимально возможная боль)
4. Спирография с оценкой объема грудной клетки.
5. УЗИ плевральных полостей с оценкой объема свободной жидкости.
6. Оценка проведенного койко-дня в стационаре.
7. В лабораторных исследованиях определяли: СОЭ, количество лейкоцитов.

Остеопатическая коррекция включала:

- коррекцию дисфункций краниосакральной системы;
- коррекцию мягких тканей и суставов верхней конечности;
- устранение дисфункции ребер, грудины и диафрагмы;
- коррекцию шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника и крестца;
- фасциальную коррекцию верхней грудной апертуры и органов грудной клетки;
- коррекцию зубочелюстной системы и дисфункций подъязычной кости;
- коррекцию висцеральных дисфункций (10).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У пациентов с ИБС, подлежащих АКШ, были выявлены региональные соматические и висцеральные дисфункции грудной клетки: компрессия реберно-грудинного сочленения, компрессия позвоночно-реберных сочленений, травматические дисфункции ребер, висцеральные дисфункции перикарда, дисфункции диафрагмы и грудины.

Развитие болевого синдрома происходило на протяжении всего послеоперационного периода, оценка которого по ВАШ боли показала, что наиболее наглядным эффектом в группе №3 было практически полное отсутствие боли, неприятных ощущений на 2-е сутки после АКШ: ВАШ – 2,8, в сравнении с больными первой и второй группы – ВАШ – 6.8 (табл. 1).

Таблица 1

ОЦЕНКА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ ВИЗУАЛЬНО-АНАЛОГОВОЙ ШКАЛЫ БОЛИ

После операции (сутки)	Группа больных n = 48		
	1 группа	2 группа	3 группа
2-е сутки	6,8± 0,8•1	6,8± 0,9•1	2,8 ± 0,6 •1
5-е сутки	7,1± 0,9•1	4,2± 0,8•1	2,0± 0,5
10-е сутки	7,5± 0,8•1	3,4± 0,8•1	2,0± 0,5
15-е сутки	7,0± 0,8•1	2,7± 0,7•1	1,5± 0,5 •1

Примечание. • – межгрупповые различия достоверны ($p < 0,05$).

Спирография с оценкой экскурсии грудной клетки и индекса Тиффно (соотношение ОФВ1/ЖЕЛ)

1 группа: показатели спирографии до операции были изначально снижены. После проведения АКШ показатели спирографии уменьшались в среднем на 11% и сохранялись до выписки больных из стационара.

Экспирсия грудной клетки в среднем – 4 см.

2 группа: показатели спирографии до операции также были значительно снижены. После проведения АКШ показатели спирографии уменьшались в среднем на 11%.

Экспирсия грудной клетки в среднем – 4 см.

После начала проведения остеопатического лечения на 5 сутки показатели спирографии увеличились в среднем на 13% (экспирсия грудной клетки – 6 см), на 10 сутки – 16% (экспирсия грудной клетки – 7 см).

На 15-е сутки – 22% (экспирсия грудной клетки 7–8 см).

3 группа: до операции после проведения 2-х сеансов остеопатического лечения показатели спирографии увеличились на 20%, экспирсия грудной клетки увеличилась на 2 см и составляла 7–8 см.

После оперативного лечения показатели спирографии уменьшились на 3%, экспирсия грудной клетки составляла 6–7 см.

На 5, 10, 15 сутки: экспирсия грудной клетки 7–8 см, показатели спирографии оставались на высоких цифрах (+27% от исходного уровня до операции).

УЗИ плевральных полостей с оценкой объема свободной жидкости

УЗИ плевральных полостей с оценкой объема свободной жидкости на 5 сутки.

1 группа: 5 сутки – 500–600 мл. Из 16 больных пункцию плевральных полостей делали 9 пациентам (56,25%).

2 группа: 200–300 мл. Пункцию плевральных полостей делали 2 пациентам из 16 (12,5%).

3 группа: 100–200 мл. Пункция плевральных полостей не проводилась.

Таблица 2

КОЛИЧЕСТВО КОЙКО-ДНЕЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В СТАЦИОНАРЕ (N=48)

Койко-дни	Исследуемая группа		
	1 группа	2 группа	3 группа
Общие	28,3± 3,2•1	19,1± 2,8•1	14,5± 2,6•1
До операции	4,1± 1,1	4,1± 1,1	4,1± 1,1
После операции	25,2± 3,0•1	16,1± 2,3•1	11,1± 2,1•1

• – различия достоверны ($p < 0,05$).

Проведенные исследования показали: во 2 группе количество койко-дней, проведенных в стационаре, сократилось на 32% (на 9 койко-дней), а в 3 группе пациентов койко-день в стационаре сократился в 2 раза (с 28 до 14).

Таблица 3

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ
В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ (N=48)**

Сутки	Исследуемые группы					
	1 группа		2 группа		3 группа	
	СОЭ, мм/ч	Le, 10 ⁹ /л	СОЭ, мм/ч	Le, 10 ⁹ /л	СОЭ, мм/ч	Le, 10 ⁹ /л
До операции	13,1± 5,3	8,4± 2,6	12,3± 5,7	8,0± 2,9	13,0± 4,1	8,0± 2,9
2-е сутки	25,6± 7,9	14,0± 3,0	24,2± 5,0	12,5± 3,1	23± 4,9	11,3± 3,3
8-е сутки	37,6± 7,0	11,3± 2,9	22,2± 5,9	8,7± 2,0	17,4± 5,1	7,6± 1,9

Количество ранних послеоперационных осложнений по группам было следующим: нагноение послеоперационной раны – в первой группе у 7 (23,3%) больных, во второй данных осложнений не было. Что подтверждается анализом лабораторных показателей крови (СОЭ и Le): тенденция к снижению содержания лейкоцитов во 2 и 3 группах на 8 сутки. В контрольной группе отмечено стойкое увеличение СОЭ (с 13,1 до 37,6 мм/час) в течение всего пребывания в стационаре. В то время как во 2 и 3 группах возрастание СОЭ было не столь значительным (с 13,0 до 17,4 мм/час) (табл. 3).

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с ИБС, подлежащих АКШ, преобладают дисфункции:

Региональные соматические и висцеральные дисфункции грудной клетки: компрессия реберно-грудинного сочленения, компрессия позвоночно-реберных сочленений, травматические дисфункции ребер, висцеральные дисфункции перикарда, дисфункции диафрагмы и грудины.

2. При оценке показателей ВАШ боли в группе получавших остеопатическое лечение до и после операции отмечено достоверное снижение болевого синдрома.

3. При оценке спирографии и экскурсии грудной клетки в группе получавших остеопатическое лечение до и после операции отмечено достоверное увеличение экскурсии грудной клетки и показателей дыхательного объема легких.

4. Пациентам, получавшим до и после операции остеопатическое лечение, не потребовалось проведение плевральной пункции в послеоперационном периоде, по сравнению с 12,5% получавших остеопатическое лечение после операции и 56,25% не получавших остеопатическое лечение.

5. Проведенные исследования показали, что у пациентов, которым остеопатическая коррекция проводилась в послеоперационном периоде, количество койко-дней, проведенных в стационаре, сократилось на 32% (на 9 койко-дней). А проведение остеопатического лечения до и после операции позволило сократить койко-день в стационаре в 2 раза (с 28 до 14).

6. Количество ранних послеоперационных осложнений по группам было следующим: нагноение послеоперационной раны – в первой группе у 7 (23,3 %) больных, во второй данных осложнений не было. Что подтверждается анализом лабораторных показателей крови (СОЭ и Le): тенденция к снижению содержания лейкоцитов во 2 и 3 группах на

8 сутки. В контрольной группе отмечено стойкое увеличение СОЭ (с 13,1 до 37,6 мм/час) в течение всего пребывания в стационаре. В то время как во 2 и 3 группах возрастание СОЭ было не столь значительным (с 13,0 до 17,4 мм/час).

7. Представленные данные позволяют рекомендовать включение остеопатического лечения в комплексное сопровождение пациентов с ИБС, подлежащих АКШ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Овечкин, А.М. Предупреждающая аналгезия: реальные возможности профилактики послеоперационного синдрома / А.М. Овечкин, А.В. Гнездилов, Н.М. Арлазирова // Анестезиология и реаниматология. – 1996. – № 4. – С. 35–39.
2. Осипова, Н.А. Антиноцицептивные компоненты общей анестезии и послеоперационной аналгезии / Н.А. Осипова // Анест. и реаниматол. – 1998. – № 5. – С. 11–15.
3. Бокерия, Л.А. Особенности статистики службы сердечно-сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии в РФ / Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаков, Р.Г. Гудкова // Здоровоохранение. – 2013. – № 5. – С. 22–32.
4. Bouchot O. et al. Reoperative off-pump coronary artery bypass grafting : analysis of early and late outcome / O. Bouchot et al. // Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery. – 2007. – Vol. 5, suppl. 1. – P. s45.
5. Breivik, H. Assessment of pain / H. Breivik, P.C. Borchgrevink, S.M. Allen et al. // Brit. J. Anaesthes. – 2008. – Vol. 101, № 1. – P. 17–24.
6. Francel T.J., Kouchukos N.T. // Ann. Thorac. Surg. – 2001. – Vol. 72. – P. 1411–1418.
7. Johnson C. Visual analog scale versus numeric pain scale: what is the difference? // J. Chiropr. Med. – 2005. – Vol. 4. – P. 43–44.
8. Овечкин, А.М. Профилактика послеоперационной боли: патогенетические основы и клиническое применение / А.М. Овечкин, А.В. Гнездилов, М.Л. Кукушкин, Д.В. Морозов // Анестезиол. и реаниматол. – 2000. – № 5. – С. 71–76.
9. Осипова, Н.А. Опыт использования анальгетиков периферического действия в системе комплексной защиты пациента от операционной травмы / Н.А. Осипова, В.А. Береснев, В.В. Петрова и др. // Анестезиол. и реаниматол. – 2002. – № 4. – С. 23–26.
10. Мохов, Д.Е. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций: клинические рекомендации / Д.Е. Мохов, В.О. Белаш, Ю.О. Кузьмина, Д.С. Лебедев, Д.Б. Мирошников, Е.С. Трегубова, Е.Е. Ширяева, И.Г. Юшманов. – СПб. : Невский ракурс, 2015. – 89 с.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

А.Б. Ситель

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы "Центр мануальной терапии Департамента здравоохранения г. Москвы". Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Упоминание о лечении больных с помощью ручных специальных приемов встречается у древних народов Средиземноморья, Индии, Центральной и Восточной Европы. Называя такое лечение «рахитотерапия», один из основоположников европейской медицины – Гиппократ – уже в V веке до н.э. успешно лечил заболевания позвоночника и внутренних органов с помощью ручного воздействия.

Со второй половины XIX века лечение больных с помощью ручного воздействия получает новое развитие в учениях остеопатов и хиропрактиков (от греч. *ос* – кость, *хиро* – рука). Основатель современной остеопатии Эндри Стилл (1870 г.) исходил из убеждения, что человек является самым совершенным созданием, божественным замыслом Господа Бога. Богом человеку ниспослана способность собственными силами защищать себя от самых разнообразных заболеваний. Но если с человеком происходит несчастный случай или какая-то травма, связанная с позвоночником, нарушается его естественная способность сопротивляться различным заболеваниям и болезнь прочно поселяется в его организме. Эндри Стилл считал: первопричиной всех болезней является позвоночник. В 1882 г. Эндри Стилл в г. Кирсквилле (США) открыл первую в мире медицинскую школу остеопатии. Продолжительность обучения составляла около 2 лет. В школу принимали людей без медицинского образования. Большое внимание в обучении обращалось на коммерческую деятельность.

По современным представлениям, предмет изучения остеопатии – устранить причину болезни, активизируя защитные силы организма.

Остеопатия направлена на восстановление природных способностей организма и коррекцию с помощью ручных специальных методов.

Специфическим объектом воздействия остеопатии является соматическая дисфункция – функциональные нарушения, характеризующиеся биомеханическими, ритмогенными и нейродинамическими компонентами.

В результате нарушения адаптационных и компенсаторных механизмов, соматическая дисфункция может вызвать клинические проявления на локальном, региональном или глобальном уровнях (Мохов Д.Е. с соавт., 2015).

Остеопатия оказывает лечебное воздействие при разных нозологических формах заболеваний.

Приемы хиропрактиков построены на тех предпосылках, что в основе любого заболевания позвоночника лежит смещение позвонков с подвывихом, который всегда сопровождается ущемлением сосудов и нервов, проходящих через суженные и измененные межпозвонковые отверстия.

Диагностику хиропрактики проводят по анатомическому расположению остистого отростка позвоночника (куда направлен): вверх, вниз, вправо, влево, выступает, западает и др.

Хиропрактики используют контактные приемы при лечении позвоночника и суставов конечностей, особое внимание об-

ращая на технологию самого приема: как, например, «выбить нижний кирпич из стопки», чтобы она осталась на месте, причем сила удара должна быть не менее 50–60 кг.

В России издревле было развито «костоправство». В армии Российской империи была штатная должность костоправа. Приемы «костоправского» воздействия, так же, как и у хиропрактиков, состоят в основном из ударной техники с предварительной диагностикой по стоянию остистого отростка (хиропрактическая диагностика).

В Европе мануальная терапия начала развиваться на основе теоретических представлений остеопатов и хиропрактиков. Большую роль в развитии мануальной терапии в Европе сыграл французский профессор-физиотерапевт Mennel J. Его ученик Cyriaux J., выдающийся клиницист, издал «Учебник ортопедической медицины» (1954). Новейшие методики мануальной медицины разработал английский невролог Stoddard A. (1959), который начал с остеопатии, а потом изучил медицину и стал профессором неврологии, издал монографию – руководство для врачей «Manual of osteopathic techniques» (1959).

Французский профессор Роберт Мэнь разработал новые методы манипуляций на позвоночнике «Les manipulations vertebrales», обозначив их мануальной медициной, и в 1960 году ввел обучение врачей на медицинском факультете парижского Университета. Курс обучения составлял сначала 5 месяцев, потом был продлен до года.

Роберт Мэнь в 1962 году организовал Международную Федерацию мануальной медицины (FIMM), став ее первым президентом. С 2004 г. Россия является коллективным членом FIMM, куда в настоящее время входят 23 страны Европы и Азии, США, Австралия и Новая Зеландия.

У истоков развития научного направления мануальной терапии в России стояли врачи-неврологи. В 1983 году по инициативе заведующего кафедрой рефлексотерапии

Академии постдипломного образования Российской Федерации проф. Гойденко В.С. был проведен первый в России цикл первичной специализации врачей по мануальной медицине. Предварительно в течение 5 лет напряженно работала группа врачей-энтузиастов – заведующий и сотрудники кафедры рефлексотерапии, ведя подготовку этого цикла. Наши преподаватели обучались в Чехословакии, готовили и утверждали учебные планы, лекции, семинары, учебные пособия, методические рекомендации в Минздраве России.

В России мало кто из ученых и врачей тогда представлял, что такое мануальная медицина, но все хотели узнать и обучиться. На цикл зачисляли по личным распоряжениям министра и зам. министров здравоохранения Российской Федерации. Проф. Гойденко В.С. в группу, которую я вел, являясь куратором этого цикла, определил весь профессорско-преподавательский состав неврологов: проф. Когана О.Г., доц. Клименко А.В., Шмидт И.Р., Васильеву Л.Ф. и др. Лекции читали проф. Дюрианова И. и Турзова Э. (ЧССР), по очереди помогая в проведении практических занятий в каждой группе врачей-курсантов. После окончания обучения на первом цикле по мануальной терапии профессора и доценты неврологии стали обучать практических врачей в своих регионах и на своих кафедрах, например, проф. Коган О.Г. – в Новокузнецке, проф. Клименко А.В. – в Запорожье, проф. Лиев А.А. – в Кисловодске и др.

В 1988 году на базе городской клинической больницы № 15 мной был организован Московский центр мануальной медицины, который в 1990 году получил новое здание на проспекте Вернадского и самостоятельный юридический статус. В 1991 году на кафедре неврологии и нейрохирургии лечебного факультета Российского государственного университета был организован курс мануальной медицины, после чего Центр мануальной терапии стал клинической базой Российского государственного медицинского университета.

В результате научных исследований, проведенных на базе кафедры неврологии и нейрохирургии Российского государственного медицинского университета и Центра мануальной терапии, разработаны и защищены авторскими свидетельствами и патентами новые способы лечения с применением мануальной терапии: у больных с компрессионными синдромами вертеброгенных заболеваний в результате межпозвонковых грыж, у пациентов с вертеброгенными кардиалгиями и вертебрально-базилярной недостаточностью, у детей со сколиозом I–II степени. На Всемирной выставке изобретений в Брюсселе «Эврика 1993» Центр получил «grand prix» – большую золотую медаль – за способ лечения вертебрально-базилярной недостаточности, две бронзовые медали за способы лечения больных с компрессионными синдромами при вертеброгенных заболеваниях в результате межпозвонковых грыж и способ лечения сколиозов I–II степени у детей.

Благодаря успешному выздоровлению огромного количества больных с тяжелыми заболеваниями позвоночника в Центре мануальной терапии, врач – мануальный терапевт занял достойное место между нейрохирургом (консервативное лечение клинических проявлений межпозвонковых грыж) и врачом-неврологом (вертебрально-базилярная недостаточность при патологии шейного отдела позвоночника). В связи с этим в декабре 1997 года был подготовлен и подписан приказ Министерством здравоохранения России № 365 «О введении специальности «Мануальная терапия» в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей». Мануальная терапия, как истинная врачебная специальность, получила первое официальное признание в России.

Приказом № 365 от 01.12.1997 г. определены должностные требования к врачу – мануальному терапевту и утверждена унифицированная программа профессиональной переподготовки сроком на 4,5 месяца. По приказу Минздрава профессиональная переподготовка врачей – мануальных тера-

певтов должна осуществляться из врачей-неврологов, ортопедов-травматологов, терапевтов и педиатров. Врач – мануальный терапевт обязан владеть:

1. Дифференциальной диагностикой болезней позвоночника с другими нозологическими формами заболеваний.
2. Неврологическими и ортопедическими методами диагностики с умением выявления функциональных ограничений пассивной подвижности в дугоотростчатых суставах позвоночника – функциональных блокад.
3. Методами медикаментозной терапии.
4. Техник проведения медикаментозных блокад.
5. Методами суставных мобилизационных и манипуляционных техник.
6. Методами мышечно-скелетных техник.

25–26 июня 2004 года в Москве, впервые в нашей стране, был проведен Московский международный конгресс мануальной медицины, участниками которого стали ведущие профессора по мануальной терапии из разных стран мира: Франции, Италии, Германии, Англии, Швейцарии, Испании, Португалии и др. Официальными организаторами конгресса стали Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Лига профессиональных мануальных терапевтов России (ЛПМТ), Департамент здравоохранения г. Москвы, Латино-Европейский союз мануальной медицины (ULEM). Но, конечно, основные заботы по организации и проведению конгресса легли на профильное учреждение – Центр мануальной терапии и Лигу профессиональных мануальных терапевтов. Прозвучавшие в ходе конгресса почти 40 докладов и сообщений российских и зарубежных ученых и практиков затрагивали все аспекты становления этой сравнительно молодой медицинской специальности.

В 1991 году под редакцией проф. Когана О.Г., а в дальнейшем проф. Шмидт И.Р.,

в Новокузнецке проф. Беляева А.Ф. стал издаваться журнал «Мануальная медицина».

Журнал, уже лицензируемый ВАКом, второе дыхание обрел в 2001 году под новым названием «Мануальная терапия». К настоящему времени издано более 50 номеров журнала. Журнал консолидирует разные направления мануальной терапии, на его страницах разворачиваются дискуссии по спорным вопросам мануальной терапии. В настоящее время журнал является рупором мануальных терапевтов России.

МЕТОДЫ МАНУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Предмет изучения мануальной терапии – диагностика и лечение заболеваний позвоночника и патогенетически связанных с ними висцеральных, спинномозговых и церебральных нарушений. После клинического осмотра больного и мануальной (ортопедической) диагностики необходимо проведение всех современных методов исследования вертеброгенных заболеваний (рентгенография, рентгенотомография, МРТ, электрофизиологические и др.). При лечении вертеброгенных заболеваний, кроме основного метода – мануальной терапии, необходимо использование комплексной терапии с учетом всех звеньев патогенеза, направленных на достижение конечного результата – выздоровления пациента.

Мануальная терапия имеет определенный анатомический субстрат для проведения специфической диагностики и лечения: суставы позвоночника, межпозвонковые диски, мышцы, спинномозговые нервы, сосуды.

Клиническая диагностика. Череп, позвоночник и суставы конечностей представляют собой единый конгломерат, имеющий специфические анатомо-физиологические особенности, зависящие от строения и функции костно-связочного и мышечно-сухожильного аппарата, иннервации и кровоснабжения.

Весь объем пассивных движений в суставе обозначается «игрой пассивных движений сустава («join play»)».

Структурно-функциональной единицей позвоночника является двигательный сегмент, состоящий из тел двух соседних позвонков, межпозвонкового диска, дугоотростчатых суставов, связок и соответствующих мышц. Функция двигательного сегмента позвоночника обусловлена генетически закрепленным двигательным стереотипом, тесно связанным со всеми системами человеческого организма, в том числе и с внутренними органами. Нарушения на любом иерархически организованном уровне центральной и вегетативной нервной системы могут повлечь за собой функциональную блокаду данного двигательного сегмента.

Мануальная диагностика включает ручную диагностику подвижности и суставной игры «join play» дугоотростчатых суставов при помощи пассивных движений и смещений в разных плоскостях осей движения позвоночника, специальные приемы исследования функционального состояния мышечной сферы и двигательного стереотипа. Активная и пассивная подвижность в дугоотростчатых суставах может быть ограничена или повышена.

Функциональная блокада – это обратимое ограничение подвижности двигательного сегмента позвоночника в результате изменения взаиморасположения внутрисуставных соединительнотканых элементов в связи с рефлекторной околоуставной миофиксацией. При ручной диагностике подвижности дугоотростчатых суставов оценивают направление функциональной блокады, степень ее выраженности и болезненность при пассивных движениях.

Функциональная блокада двигательного сегмента позвоночника может вызывать в дугоотростчатых суставах соседних двигательных сегментов обратимое увеличение объема движений, компенсируя таким образом функцию позвоночника в целом. При развитии функциональных ограничений и повышении пассивной подвижности в каких-то двигательных сегментах позвоночника, как целостный орган, для поддер-

жания своей стабильности и восстановления функции может включать компенсаторные механизмы в виде функциональных блокад на других уровнях, прежде всего на так называемых ключевых зонах: шейно-затылочном, шейно-грудном, пояснично-грудном и пояснично-крестцовом переходах.

С течением времени при появлении новых функциональных блокад такие компенсаторные блокады претерпевают изменения и становятся патологическими.

При изучении субъективной картины заболеваний позвоночника и суставов необходимо выявить признаки, подтверждающие или отрицающие наличие у больного вертеброгенного синдрома. Каждому синдрому необходимо давать качественную, количественную, временную и пространственную характеристики, определять взаимосвязи с внешними и внутренними факторами, в том числе и с проводившимися ранее лечебными мероприятиями.

Stoddard A. (1979) выделяет пять степеней функциональных блокад. Нулевая степень – отсутствие всякой подвижности. Эта степень соответствует функциональному анкилозу. I степень – минимальная подвижность в суставе («шевеление»). II степень – ограничение подвижности в суставе. III степень означает нормальную подвижность в суставе. IV степень – повышенная подвижность.

Мной выделено еще четыре степени функциональных блокад по степени жесткости при пружинировании сустава, что дает возможность врачу составить чувственное представление о индивидуальной подвижности каждого конкретного больного. Первая степень – функциональная блокада мягкая. Встречается наиболее часто у детей и в молодом возрасте, до 25–30 лет. Вторая степень – функциональная блокада мягкая с обратной отдачей в исходное положение. Встречается наиболее часто у женщин в возрасте от 20 до 35 лет, прослеживается четкая связь с аллергическими заболеваниями. Третья степень – функцио-

нальная блокада средней жесткости. Встречается в возрасте от 20 до 55 лет у мужчин и у женщин. Четвертая степень – функциональная блокада жесткая. Встречается в возрасте после 50 лет и в большей части случаев сочетается с явлениями деформирующего спондилеза (Ситель А.Б., 2014).

Дифференциальная диагностика. Основной задачей дифференциальной диагностики является установление диагноза между болезнями позвоночника и другими нозологическими формами заболеваниями. Патологию шейного отдела позвоночника необходимо дифференцировать от субарахноидального кровоизлияния, опухоли Панкоста, злокачественной лимфаденопатии, заболеваний венечных артерий, ревматоидной полимиалгии и др.; патологию грудного отдела позвоночника от заболеваний венечных артерий, бронхогенной карциномы и других заболеваний легких, от аневризмы аорты, заболеваний желчного пузыря, опоясывающего лишая и др.; патологию поясничного отдела позвоночника – от карциномы поджелудочной железы, толстой кишки, предстательной железы, матки, от беременности, заболеваний почек, окклюзии брюшной части аорты или подвздошных артерий, от опухоли спинного мозга и др.

Основной задачей врача является выявить патобиомеханические функциональные изменения и установить, что клиническая картина заболевания обусловлена вертеброгенным этиологическим фактором в виде функциональной блокады, т.е. ограничением подвижности не органического, а функционального характера.

Правильная постановка диагноза возможна только при применении дополнительных методов исследования.

В Центре мануальной терапии Департамента здравоохранения г. Москвы выработаны следующие дифференциально-диагностические требования к обследованию больного:

1. При отсутствии магнитно-резонансного или компьютерного томографического

исследования необходимо рентгеномографическое обследование пораженного отдела позвоночника для выявления уровня и характера повреждения.

2. При выявлении жалоб у больных со стороны сопряженного по кривизне отдела позвоночника необходимо обязательное рентгеномографическое исследование сопряженного отдела позвоночника (сопряженные позиции: шейный и поясничный лордозы, грудной и крестцово-копчиковый кифозы). Обоснование: 1 – позвоночник является единым осевым органом; 2 – при патологии поясничного отдела позвоночника (межпозвонковых грыжах) в 60 % случаев обнаруживаются задние протрузии 2–3 мм в сопряженном (шейном) отделе позвоночника; 3 – купирование резкого болевого синдрома эффективно с сопряженного отдела позвоночника, без воздействия на основной.

3. Для выявления остеопороза или дисплазии тел позвонков необходима обязательная рентгеномография грудного отдела позвоночника у женщин после 40 лет и у больных со сколиозом позвоночника.

4. При хроническом и неиррадиирующем характере болей в пояснице и при наличии вегетативных нарушений необходимы клинический анализ крови, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование органов малого таза, брюшной полости, почек.

5. При жалобах на кашель, общую слабость, утомляемость – рентгенография органов грудной полости.

6. У женщин при болях в области верхней части грудного отдела позвоночника необходимо ультразвуковое исследование молочных желез или маммография.

7. При жалобах больных на боли в области сердца – электрокардиографическое исследование и консультация кардиолога.

8. При тахикардиях необходимо ультразвуковое исследование щитовидной железы и электрокардиографическое обследование больного, консультация кардиолога.

9. При двустороннем характере болей для выявления полинейропатий необходи-

мо электронейромиографическое обследование больного.

10. При подозрениях на демиелинизирующий процесс, основанный на клинических данных, необходимо обязательное проведение электронейромиографического обследования и магнитно-резонансное исследование головного мозга.

11. При наличии клинических признаков у больных вертебрально-базилярной недостаточности I–II стадий необходимо проведение ультразвуковой доплерографии брахицефальных сосудов.

12. При наличии клинических признаков вертебрально-базилярной недостаточности III–IV стадий необходимо обязательное ультразвуковое двойное сканирование брахицефальных артерий.

13. При наличии клинических данных за очаговое поражение головного мозга необходима транскраниальная доплерография или магнитно-резонансное исследование головного мозга.

14. При подозрении на патологию Арнольда–Киари необходимо магнитно-резонансное исследование головного мозга.

15. При наличии ультразвуковых признаков единственной или гипоплазированной позвоночной артерии необходима магнитно-резонансная томография сосудов базальных отделов головного мозга (сосудистая программа).

В результате принятой нами схемы обследования, из 100 больных, направленных в Центр мануальной терапии Департамента здравоохранения с диагнозом «боль в спине» в 24 % случаев врачами Центра устанавливается следующее:

- новообразования (первичные и вторичные) – 12 %;
- полинейропатии – 3,6 %;
- демиелинизирующие заболевания – 5,4 %;
- психические заболевания – 3 %.

МЕТОДЫ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Методы мануальной терапии разделяются на суставные мобилизационные,

манипуляционные техники и мышечно-скелетные.

Методы суставных мобилизационных и манипуляционных техник. Для получения положительного эффекта лечения у больных с вертеброгенными заболеваниями необходима обязательная перекодировка образовавшегося в результате болезни позвоночника патологического двигательного стереотипа, который приспособливает больного к болезни, обеспечивая его жизнь в практической деятельности, но не делает его здоровым.

Перекодировки патологического двигательного стереотипа у больного с заболеванием опорно-двигательной системы для образования нормального, способствующего быстрому выздоровлению пациента, можно достигнуть одновременным воздействием на двигательный сегмент позвоночника с использованием суставной мобилизационной и манипуляционной техники, направленной сразу на все звенья патогенеза:

- 1 – функциональную блокаду сустава,
- 2 – мышцу,
- 3 – связку,
- 4 – фасцию,
- 5 – нервно-сосудистые образования двигательного сегмента позвоночника,
- 6 – межпозвонковый диск.

В результате силы упругости и отрицательного давления в межпозвонковом диске (закон Гука) специальными положениями растягивания с элементами сгибания, разгибания или бокового наклона, в зависимости от пространственного расположения грыжевого выпячивания, при применении суставных мобилизационных и манипуляционных техник, межпозвонковые грыжи размером 3–4 мм входят в предел фиброзного кольца (закон Гука). Межпозвонковый диск восстанавливается на 70–80%, человек выздоравливает (Кузьминов К.О., 2004; Sitel A., Kuzminov K., Bakhtadze M., 2011; Беляков В.В., 2014; Ситель А.Б., 2014).

Мобилизационная и манипуляционная техника направлена на ликвидацию выяв-

ленного при мануальной диагностике пассивного ограничения подвижности в пределах нормальной физиологической функции сустава – функциональной блокады.

Мобилизация — это пассивные, мягкие, повторяющиеся, ритмические, плавные, пружинирующие безболезненные движения, которыми мы проводим «игру пассивных движений сустава – “joint play”».

Мобилизация сустава означает максимальное сопоставление сочленения до крайнего положения. В мануальной терапии *придание сочленению крайнего положения называется «predpeti»*. Пружинирующие движения проводят на фазе выдоха при расслабленном положении пациента. После 10–15, иногда больше, легких пружинирующих медленных ритмических движений часто происходит ликвидация блокады без применения манипуляции.

Перед проведением мобилизации и манипуляции обязательно фиксируют одну часть сустава и проводят мобилизацию другой части. При манипуляциях на суставах конечностей всегда фиксируют проксимальную часть и мобилизируют дистальную. На позвоночнике выбирают направление ограничения пассивного движения сустава позой позвоночника, плечевого пояса и таза, фиксируют все суставы, кроме того, на котором проводят мобилизацию и манипуляцию. В мануальной терапии такое положение называется окклюзией.

Окклюзию проводят для того, чтобы во время манипуляции не воздействовать на суставы, в которых сохранен нормальный объем движений. Проводится *преднапряжение* суставной капсулы, которое исчерпывает все свободное движение в суставе в направлении ограничения движения. Больному предлагают глубоко вдохнуть и выдохнуть. На фазе выдоха проводят манипуляцию.

Манипуляция – быстрое мгновенное безболезненное движение небольшого объема из положения окклюзии в направлении пассивного ограничения движения. Манипуляционное движение при правильной

технике имеет малую силу и малую амплитуду. Обязательные условия манипуляции – общее расслабление пациента, предварительная окклюзия, мобилизация и обязательное достижение преднапряжения. Часто используют кроме дыхательной и глазодвигательные синкинезии.

Манипуляционная суставная техника включает:

- *неспецифическую*, при которой воздействие совершается преимущественно на несколько двигательных сегментов позвоночника или на весь позвоночник;

- *специфическую*, когда манипуляцию проводят с помощью окклюзии на один двигательный сегмент и из движения включаются все остальные отделы.

Специфическая манипуляционная техника относится к более щадящим приемам мануальной терапии.

С помощью мануальной терапии восстанавливается объем движений в двигательном сегменте позвоночника путем механического устранения функциональной блокады и патологической афферентации из сустава.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ МОБИЛИЗАЦИОННЫХ И МАНИПУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНИК

1. Мануальная терапия проводится с учетом массы тела врача и больного. Чем больше масса тела врача и больного, тем медленнее ритм движения, но больше сила, чем меньше масса – тем быстрее ритм, но меньше сила.

2. Мануальная терапия проводится только в момент движения.

3. Мануальная терапия проводится с учетом выраженности физиологических изгибов позвоночника (кифозы, лордозы).

4. Выделяется и проводится основная манипуляция для ликвидации именно той функциональной блокады, которая явилась причиной клинической манифестации конкретной болезни позвоночника.

5. Обязательно для закрепления полученных после основной манипуляции изме-

нений в ячейках кратковременной и долговременной памяти и формирования нового («здорового») двигательного стереотипа человека одновременно за сеанс проводится 5–8 манипуляций на других отделах позвоночника.

6. Сеансы мануальной терапии проводятся ежедневно или через день, в редких случаях, при плохой переносимости, – 2–3 раза в неделю. Если больной страдает от боли, мануальный терапевт должен ежедневно ее уменьшать, являясь на время лечения его основным лечащим врачом.

7. Чтобы не вызвать обострения болевого синдрома, вначале необходимо выполнять мобилизации и манипуляции на соприкасающихся отделах позвоночника.

8. При выраженных клинических проявлениях вертеброгенных заболеваний необходимо подключать к мануальной терапии комплекс лечения с использованием медикаментозных средств, а в тяжелых случаях применять различные виды медикаментозных блокад (эпидуральные, перидуральные, интраартикулярные, параартикулярные), иглорефлексотерапию и другие методы лечения, позволяющие уменьшить болевой синдром. Противопоказаны паравerteбральные блокады, кроме блокад дугоотростчатых суставов, часто ведущие к травматизации корешковых сосудов с образованием кровоизлияния в зоне пораженного спинномозгового нерва и ухудшающие патогенетическую ситуацию в результате увеличения объема жидкости в области, где уже имеется затрудненный венозный отток.

9. У больных с компрессионными синдромами, обусловленными грыжами межпозвонковых дисков различной локализации (заднесрединные, заднебоковые), мануальная терапия должна проводиться с учетом их пространственного расположения. При заднесрединных грыжах основные мобилизации и манипуляции должны быть направлены на сгибание пораженного позвонкового сегмента. При этом категорически противопоказаны движения, направленные

ные на разгибание позвоночного двигательного сегмента. При заднебоковых грыжах межпозвонкового диска основные мобилизации и манипуляции должны быть направлены на distraction (наклон в противоположном направлении) и разгибание.

10. Обязательно необходимо информировать больных об опасных направлениях движений, при которых может произойти обострение клинических проявлений вертеброгенных заболеваний. По нашим данным, обучение больных запрещенным направлениям движений имеет более выраженное профилактическое влияние, чем проведение повторных курсов комплексного лечения.

11. При сосудистых вертеброгенных синдромах противопоказаны постизометрические техники мышечной релаксации, потому что сдавление позвоночной артерии в течение 9–11 секунд может вызвать у больного головокружение и даже обморок, чего не происходит при высокоскоростных суставных манипуляциях.

12. Мануальная терапия – не однократное воздействие, необходимо проведение курсового лечения. Продолжительность и частота проведения курсов должна быть индивидуальна для каждого пациента и зависит от характера поражения и стадии заболевания. Обычно курс лечения состоит из 6–10 процедур, но более 15 – недостаточно эффективен, необходимо сделать перерыв.

13. Лечение больных с выраженными болевыми синдромами в результате компрессии корешка или сосуда продолжительно по времени. Курсы лечения повторяются до фибротизации пораженного межпозвонкового диска (2,5–3 года). Как правило, 3–4 курса в год.

14. Лечить не болезнь, а больного – стратегическое направление мануального терапевта. Он должен знать все о больном и на время лечения стать его основным лечащим врачом. Особенностью большинства больных, обращающихся к доктору, занимающемуся мануальной терапией, является

наличие хронического и длительного болевого синдрома, что истощает нервные структуры, обеспечивающие вегетативные и эмоциональные механизмы реагирования. Следствием такого истощения появляются астено-невротические и депрессивные нарушения, значительно затрудняющие диагностику и лечение вертеброгенных заболеваний.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ МОБИЛИЗАЦИОННЫХ И МАНИПУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНИК

Показания к проведению мануальной терапии – функциональные блокады (ограничения пассивной подвижности сустава функционального характера).

Абсолютные противопоказания

1. Опухоли позвоночника, спинного и головного мозга, суставов конечностей, внутренних органов, метастатические поражения позвоночника.

2. Миеломная болезнь.

3. Специфические и неспецифические инфекционные процессы в позвоночнике и суставах (туберкулёзный спондилит, остеомиелит, ревматизм в активной фазе).

4. Острые и подострые воспалительные заболевания суставов, спинного мозга и его оболочек.

5. Свежие травматические поражения позвоночника и суставов.

6. Консолидированные переломы позвоночника и травматические поражения межпозвонковых дисков до образования костной мозоли (в среднем 6 мес.).

7. Состояние после операций на позвоночнике.

8. Болезнь Бехтерева.

9. Наличие секвестрированной грыжи межпозвонкового диска.

10. Вертеброгенные миелопатии, аномалии развития позвоночника и суставов с наличием очаговой неврологической симптоматики.

11. Остеопороз тел позвонков III–IV степени.

12. Болезнь Клиппеля–Вейля.
13. Острые нарушения мозгового и сердечного кровообращения, инсульт, инфаркт миокарда в анамнезе.
14. Острые заболевания желудочно-кишечного тракта, органов грудной полости и других внутренних органов.
15. Психические заболевания.

Относительные противопоказания

1. Выраженные аномалии развития (незаращение дужек позвонков, пороки развития C_I, C_{II}, аномалии тропизма, сакрализация, люмболизация, конкресценции).
2. Шейные рёбра III–IV степени.
3. Фиксирующий гиперостоз Форестье.
4. Патологическая извитость сонных и позвоночных артерий.
5. Аномалия Арнольда–Киари II–III степени.
6. Тяжёлые соматические заболевания.

Методы мышечно-скелетных техник не имеют противопоказаний и могут применяться при разных нозологических формах заболеваний.

Методы мышечно-скелетных техник направлены на устранение патологических нарушений в сосудах, нервах, мышцах, связках и фасциях двигательного сегмента позвоночника, образовавшихся в результате функциональной блокады сустава. Проявляются на склеротомном, сегментарном и центральном уровнях.

Для получения положительного результата лечения методами мышечно-скелетных техник необходимы, в первую очередь, нормализация мышечного дисбаланса (расслабление спазмированных мышц), биоритмов человеческого организма и нейродинамических изменений на разных иерархически организованных уровнях соматической и вегетативной нервной системы. Методы мышечно-скелетных техник разделяются на:

1. Метод постизометрического расслабления мышц. После изометрического напряжения всегда наступает фаза абсолют-

ного рефрактерного периода, когда мышца не способна сокращаться. Фаза изометрического напряжения мышцы длится 9–11 с, абсолютный рефрактерный период – 6–8 с. Этот принцип с древних времён широко использовали в йоге, в клиническую практику его внедрил в начале 1960-х гг. F. Mitchel (США). В классическом варианте изометрического напряжения достигают при максимальном сокращении мышцы, которому врач оказывает адекватное сопротивление, последующую естественную релаксацию усиливая растяжением. Можно использовать и другие варианты: изометрическое сокращение за счёт глазодвигательной и/или дыхательной синкинезии с последующей естественной релаксацией; изометрическое сокращение при слабом усилии с последующей естественной релаксацией; изометрическое сокращение при слабом усилии в течение 2 с (в сокращение вовлекается малое количество ДЕ) с усилением релаксации растяжением в течение 2 с. Исходное положение врача и больного предусматривает фиксацию неподвижной части и удобное положение мобилизуемого сегмента. Растяжение осуществляют без боли и прекращают в тот момент, когда появляется некоторое сопротивление. Каждую следующую фазу повторяют из достигнутого положения, удерживаемого врачом. За одну процедуру 3–6 раз повторяют движения в одном направлении.

2. Метод реципрокного ингибирования основан на физиологическом напряжении и расслаблении агонистов и антагонистов. C.S. Sherrington (1906) установил, что разгибатели находятся в состоянии расслабления при сокращении сгибателей, и наоборот. Это явление, названное реципрокной иннервацией, осуществляется автоматически. Реципрокное ингибирование мышц осуществляют всегда в позиции, противоположной движению, амплитуду которого хотят увеличить; проводят его, как правило, перед мобилизацией. Движение осуществляют при лёгком сопротивлении в направлении, противоположном нормальному

движению. Например, если необходимо увеличить амплитуду сгибания, приём производят против лёгкого сопротивления разгибанию из положения максимально возможного сгибания в течение 9–11 с на фазу «вдох». Затем на фазу «выдох» предлагают пациенту расслабиться на 6–8 с, увеличивая амплитуду сгибания и с нового положения начинают следующую процедуру, повторяя 3–4 раза, с каждым разом достигая всё большей амплитуды сгибания.

3. Антигравитационное расслабление мышц. В результате различного взаимного расположения отдельных сегментов тела человека на мышцы действует различная сила тяжести, которую они должны преодолеть при определённом движении. При растяжении мышцы под действием силы тяжести антигравитационное расслабление наступает в течение 20 с. Делают перерыв на 20–30 с, после чего повторяют процедуру (всего 15–16 раз).

4. Мобилизационное расслабление мышц. При осуществлении определённого движения первая фаза сокращения мышц всегда изометрична. Как только мышечное напряжение и сопротивление сравняются, то в зависимости от конкретной роли мышцы при движении следующая фаза сокращения может быть концентрической, эксцентрической либо остаётся изометрической. Рекомендуют повторять движения 12–15 раз.

5. Расслабление мышц с помощью воздействия на миофасциальный триггерный пункт. По представлениям J. Travell, D. Simons (1989), сильное и продолжительное сдавливание миогенного триггерного пункта вызывает фазные изменения кровотока (ишемию или реактивное полнокровие), что и обуславливает лечебный эффект. Исходя из нашего практического опыта, любые манипуляции с миофасциальным триггерным пунктом могут вызвать усиление болевых ощущений – в таких случаях необходимо прекратить воздействие и поискать «субтриггерную» зону, манипуляции с которой могут остановить боль. Наиболее распро-

странённые методы воздействия на миофасциальные триггерные пункты следующие.

- Большим или указательным пальцем проводят давление на миофасциальный триггерный пункт до появления у пациента ощущения боли. По мере уменьшения болевого ощущения давление постепенно усиливают. Давление (3–15 кг) продолжают 1–2 мин. При воздействии на глубоко расположенные мышцы давление на миофасциальный триггерный пункт осуществляют локтем или согнутыми пальцами.
- Пальцевое воздействие на миофасциальный триггерный пункт можно осуществлять указательным или средним пальцем врача по типу вкручивания винта (против часовой стрелки) до появления болевого ощущения в течение 1–2 мин (циклы по 3–6 с).
- Для воздействия на миофасциальную триггерную зону можно использовать иглу для классической акупунктуры (10–12 мин), микроиглу (3–21 сут.) либо надрез скальпелем.

6. Метод расслабления путем сближения мест прикрепления мышцы друг к другу и одновременно сильного и глубокого нажима на верхнюю точку брюшка мышцы. Давление на брюшко мышц оказывают большим или указательным пальцем. Нажимают на мышцу до тех пор, пока не достигнут постепенного расслабления мышцы. Обычно для этого требуется несколько нажимов за 1 мин или более длительный отрезок времени. Важно, чтобы сила давления постепенно возрастала и также постепенно уменьшалась, чтобы не вызывать дальнейшего спазма мышц.

7. Метод расслабления при сближении брюшков мышцы – «техника мышечного веретена». Мышца при этой процедуре расслабляется на 10 сек. Сближение мышечных волокон в области брюшков проводят 5–6 раз.

8. Метод расслабления путем увеличения расстояния между сухожилиями мыш-

цы – «техника аппарата Гольджи». Этот прием можно применять при умеренно спазмированной мышце, так как растягивание сильно спазмированной мышцы приводит к дальнейшему спазму и судорогам. Растяжение мышечных волокон между сухожилиями мышцы осуществляют 5–6 раз.

9. Метод расслабления путем многократных движений мышечного брюшка перпендикулярно к направлению волокон. В классическом массаже метод называется прием «пилы», когда боковыми поверхностями ладоней обеих кистей проводят ритмическое «распиливание» мышцы перпендикулярно к направлению ее волокон.

10. Метод растирания применяют для хронически спазмированных мышц, в которых наблюдаются явления фиброза.

11. Метод миофасциального расслабления путем применения послойного давления с преодолением физиологического, барьера фасциального (вызывает перераспределение градиента фасциального давления) и барьера анатомического (непосредственное давление на мышцу), основан на вязко-эластических свойствах тканей. Техника миофасциального расслабления включает следующие этапы:

I. Специальная диагностика (осмотр, пальпация, исследование активных и пассивных движений) для выявления асимметрий, кожной температуры, болевых ощущений у больного;

II. Определение «точки вдоха» – места начала лечения;

III. Выполнение правила трех «Т»: 1 – тензия (давление), 2 – тракция, 3 – торзия (вращательные движения со смещением тканей в одну и в другую сторону).

При проведении миофасциального расслабления не следует прикладывать большую силу, так как при этом способность релаксации блокируется. При проведении торзии следует начинать смещение в сторону ограничения, чтобы не вызвать перерастяжение на здоровой стороне. После достижения барьера наступает период

ожидания до наступления расслабления. Если оно долго не наступает, необходимо вернуться к нейтральной позиции и повторить смещение в сторону ограничения до барьера (по принципу «шаг вперед, два назад»).

12. Метод послойного давления на пупочное кольцо (после проведения диагностики органов брюшной полости современными способами) для улучшения функционального состояния прямых и косых мышц живота и улучшения лимфооттока и из брюшной полости.

13. Метод расслабления мышцы через растяжение заключается в проведении пассивного усилия достаточной длительности и интенсивности против ограничения – от 30 сек. до минуты и более.

14. Метод многофункционального расслабления через «точку входа» заключается в последовательном воздействии на мышцу давлением, растяжением и скручиванием. Метод выполняют с применением минимума силы, чтобы не нарушать расслабления. После достижения барьера давлением и растяжением необходима пауза, после которой наступает расслабление, за которым нужно следовать до его полного завершения и только потом переходить к скручиванию. При скручивании смещение осуществляют в сторону ограничения. Если расслабление долго не наступает, то необходимо вернуться к нейтральной позиции и вновь провести давление и растяжение в сторону ограничения («шаг вперед, два назад»).

15. Метод переобучения больных с межпозвонковыми грыжами лечебным и запрещенным направлениям движений для коррекции постуральной и динамической активности мышц при неоптимальном двигательном стереотипе.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ (ДИСКОГЕННАЯ БОЛЕЗНЬ)

Дискогенная болезнь характеризуется:

- Специфическим распределением функциональных блокад при различных

клинических проявлениях заболевания и при разных степенях повреждений межпозвонковых дисков (разрывы, протрузии, грыжи и др.).

- Разной степенью выраженности дисциркуляторных явлений при разных клинических проявлениях заболевания (нарушения микроциркуляции, отек и венозный стаз в области очага повреждения и вызываемое ими раздражение рецепторов синувентрального нерва).

- Совокупностью клинических симптомов и синдромов, характерных для разного распределения функциональных блокад и разных степеней нарушений микроциркуляции.

Механизм поражения спинномозговых нервных корешков при дискогенной болезни – дистантный, сосудисто-ишемический, протрузия или грыжа механически не сдавливают нервный корешок.

В первой дискалгической стадии дискогенной болезни наблюдается болевой синдром локального характера, без признаков компрессии нервного корешка. Люмбалгия, дорсалгия или цервикалгия вызываются разрывами фиброзного кольца в межпозвонковых дисках, напряжением капсул и неподвижностью дугоотростчатых суставов при функциональных блокадах.

Клиническая картина заболевания характеризуется следующими проявлениями:

1. Острым началом.
2. Легким или умеренно выраженным локальным болевым синдромом.
3. Легким или умеренным мышечно-тоническим синдромом.
4. Легкими статико-динамическими нарушениями или без таковых, иногда гиперрефлексией.
5. Симптомом вставания.
6. Локальной болезненностью при перкуссии остистых отростков заинтересованных двигательных сегментов.
7. Болью, в части случаев усиливающейся при перемене положения тела, кашле, чихании (люмбалгия, дорсалгия, цервикалгия).

В этой стадии заболевания помогают все методы лечения: медикаментозные, физиотерапевтические, бальнеологические, тепловые и др., но наиболее эффективны методы мануальной терапии и остеопатии.

Люмбоишиалгическая или цервикобрахиалгическая стадия дискогенной болезни характеризуется наличием функциональных блокад, кроме основного двигательного сегмента, в выше- и нижележащих, а также в I–II двигательных сегментах другого, сопряженного по кривизне, отдела позвоночника. Появляются 2–3 мм срединные выпячивания в задней части фиброзного кольца, которые вызывают перемещение назад студенистого ядра, уже не справляющегося со своей основной функцией – амортизацией разнообразных нагрузок при сжатии и растяжении позвоночника и равномерным распределением давления между различными частями фиброзного кольца и хрящевыми пластинками тел позвонков. Все компрессионные нагрузки переносятся на фиброзное кольцо.

Клиническая картина заболевания характеризуется следующими проявлениями:

1. Болевой синдром с иррадиацией (люмбоишиалгия, цервикобрахиалгия).
2. Умеренно выраженный мышечно-тонический синдром.
3. Незначительно выраженные статико-динамические нарушения.
4. Легкая асимметрия или повышение рефлексов.
5. Положительные или слабopоложительные симптомы тонического напряжения ишиокруральных мышц и мышц бедра с развитием ишиалгии, или мышц верхне-лопаточной области с развитием брахиалгии.
6. Боль и мышечно-тонические нарушения усиливаются после физических нагрузок и дискомфортных положений.
7. Чувствительные расстройства, как правило, сочетаются с вегетативными симптомами, гиперестезией и гипертонусом в зоне иннервации пораженного двигательного сегмента.

При ультрасонографическом исследовании межпозвонкового диска и задне-дискового пространства у больных отмечают признаки, характерные для начальной стадии заболевания.

При электронейромиографическом исследовании отмечается патология проксимального участка (расширение диапазона скорости распространения возбуждения F-волн при максимальной скорости не менее 40 м/с для верхних конечностей и 30 м/с для нижних), при этом также не отмечается нарушений со стороны дистального нейромоторного аппарата.

При рентгенотомографии или магнитно-резонансной томографии регистрируются срединные или заднебоковые протрузии 2–3 мм в одном или нескольких двигательных сегментах.

При анализе клинических проявлений II стадии дискогенной болезни у лиц с одинаковыми морфологическими признаками поражения и одними и теми же механизмами раздражения рецепторов могут развиваться разные симптомокомплексы: у одних – мышечно-тонические, у других – нейродистрофические, у третьих – нейрососудистые.

В этой стадии заболевания, также как и в первой, при мышечно-тонических симптомокомплексах, помогают все методы лечения. При одновременном разрушении пульпозного ядра и фиброзного кольца соединительнотканый рубец (по экспериментальным данным J. Smith et al., 1970) отмечается только через 3 месяца после повреждения. Очевидно, что в случаях замедления или отсутствия репаративных процессов в межпозвонковом диске, боль и мышечно-тонические нарушения могут существовать и более длительное время.

При нейродистрофических синдромах (плечелопаточный периартроз, локтевой эпикондилез и др.) необходима комплексная терапия с включением методов мануальной терапии, лечебной гимнастики и медикаментозных блокад мышц, окружающих сустав. Только при таком подходе

можно добиться положительного результата.

Сосудисто-компрессионная стадия дискогенной болезни характеризуется образованием в позвоночнике выпячиваний в задние, боковые или передние отделы. Необходимо отметить, что грыжевые выпячивания регистрируются современными лучевыми методами исследований у большинства людей, но клинически никогда не проявляются – «молчащие межпозвонковые грыжи».

Самые частые возникновения грыж в позвоночнике – до 90% случаев, на уровне $L_{IV}-L_V$ и S_I , в заднем и задне-боковых направлениях, так как эти части позвоночника не прикрыты задней продольной связкой. В шейном отделе позвоночника чаще регистрируются протрузии в заднем направлении.

В третьей стадии дискогенной болезни в результате гибели фибробластов возникает лавинообразный выброс продуктов распада с образованием обширной зоны нарушения микроциркуляции с отеком, венозным застоем, сдавлением мягких тканей с мелкими сосудами, асептическим воспалением спинномозгового нерва. По проведенным нами исследованиям, непосредственно грыжа никогда не сдавливает спинномозговой нерв (Кузьминов К.О., 2004; Ситтель А.Б., 2014). Клиническая картина заболевания складывается из следующих признаков:

1. Острое или подострое начало.
2. Боль лампасного характера, трудно переносимая больным, часто не зависящая от положения тела и некупирующаяся медикаментозными средствами, часто продолжающаяся днями, неделями, ночами (больные готовы согласиться на операцию, чтобы избавиться от боли).
3. Выраженная анталгическая поза и вынужденное положение туловища.
4. Выраженные статико-динамические нарушения (наклон туловища вперед при срединных межпозвоночных грыжах и в сторону при заднебоковых).

5. Гипотония, гипорефлексия или выпадение рефлексов в миотомах, иннервируемых компремируемым корешком.

6. Гипестезия или анестезия в зоне иннервации пораженного дерматома.

Это тяжелейшие больные, у которых возникают боли нестерпимого характера со статико-динамическими нарушениями. К многообразным провоцирующим факторам относятся:

- физические перегрузки, некоординируемые движения и поднятие тяжестей – до 40% случаев;

- психофизиологические нагрузки, после которых меняется тоническое напряжение мышц, что приводит к изменению кривизны позвоночника на доли миллиметра; при наличии у больного клинически не проявляющейся «молчащей» межпозвонковой грыжи при изменении кривизны позвоночника усиливается давление на окружающие мягкие ткани, увеличивается натяжение задней продольной связки – возникает боль вначале местного, а затем иррадирующего характера – до 40% случаев.

При анализе пространственного расположения межпозвонковых грыж в поясничном отделе позвоночника срединная локализация выявляется в 15,3% случаев, заднебоковая – в 83,8%, фораминальная – в 0,9%. У больных со срединными межпозвонковыми грыжами ветреброгенный синдром характеризуется статико-динамическими нарушениями с анталгической позой, вынужденным наклоном туловища вперед, в части случаев до 90°, сколиозом, кифозом, часто грубым, выраженным ограничением наклона назад и в сторону дуги сколиоза. Больные в постели принимают позицию с максимальным сгибанием поясничного отдела позвоночника, приподнятой головой и сгибанием нижних конечностей в коленных и тазобедренных суставах, чем достигают увеличение просвета позвоночного канала в передне-заднем направлении.

У больных с заднебоковыми и фораминальными грыжами наблюдаются моно- и полирадикулярные поражения корешков

на одном, двух или трех уровнях. Компрессионный синдром характеризуется анталгической позой, вынужденным положением туловища с отклонением в сторону и ограничением наклона вперед от 15° до 45°, резко выраженной болью, усиливающейся при кашле, чихании. Больной может находиться в покое без болевых ощущений не более часа. Симптомы натяжения нижнепоясничных корешков выражены у всех больных, ахиллов рефлекс был снижен или отсутствовал (Красноярова Н.А., Никонов С.В., 2013; Ситель А.Б., 2014). В 60–66% случаев у этой категории больных отмечались явления радикулопатии в виде фибриллярных подергиваний мышц, гипестезии в зоне иннервации корешков L_{IV} , L_V или S_I .

Мануальная терапия механически отодвигает грыжевое содержимое от сосудисто-нервного пучка, что приобретает особенно большое значение для формирования нового двигательного стереотипа, необходимого для нормального функционирования позвоночника и мышечной составляющей.

При синдроме паралитического ишиаса мануальная терапия может применяться на ранней стадии как вспомогательный метод, улучшающий патогенетическую ситуацию в зоне поражения корешка (улучшение венозного оттока, уменьшение патологической афферентации и др.). Считается, что если в течение 3 мес. после наступления пареза или паралича положительных сдвигов не отмечено, то прогноз восстановления двигательных функций сомнителен. Поэтому больным с синдромом паралитического ишиаса необходимо как можно раньше назначать реабилитационные мероприятия.

Положительный эффект комплексного лечения дискогенной болезни не может быть продолжительным, если пациент не будет обучен правильному поведению в зависимости от пространственного расположения патоморфологического субстрата. Необходимо исключить перерастяжение задней продольной связки, которое приводит к ее хро-

нической травматизации, бесконтрольной регенерации поврежденных тканей и к преждевременному фиброзу в результате заживления вторичным натяжением.

В Центре мануальной терапии Департамента здравоохранения города Москвы 57–60% от всего количества больных в год составляют пациенты с радикулопатиями. По приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 1547н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при поражении межпозвонкового диска поясничного и других отделов позвоночника с радикулопатией» при консервативной терапии устанавливается средний срок лечения данного заболевания в условиях стационара – в течение 21 дня. За эти же сроки в 87% случаев мы возвращаем людей к трудовой деятельности в амбулаторных условиях, применяя методы мануальной терапии. Необходимо отметить, что больные с радикулопатиями – наиболее молодой и трудоспособный возраст населения нашей страны.

Стадия фибротизации межпозвонкового диска характеризуется процессами фибротизации, полным замещением соединительной тканью межпозвонкового диска. В пораженном двигательном сегменте появляется шевеление и пассивные движения, выявляемые при мануальной диагностике, болевой синдром полностью регрессирует, наступает клиническое выздоровление больного.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сосудистые расстройства в вертебрально-базиллярной системе, помимо комплекса симптомов, имеют четко очерченный круг:

- Этиологические факторы, характеризующиеся спецификой распределения функциональных блокад и статико-динамических нарушений в шейном отделе позвоночника.

- Патогенетические факторы, характеризующиеся дегенеративно-дистрофическими изменениями в межпозвонковых дисках шейного отдела позвоночника с разрывами, протрузиями и последующим возникновением механической экстравазальной компрессии позвоночных нервов, вен и артерий.

- Совокупность возникновения неврологических симптомов и синдромов при разных клинических проявлениях и формах заболевания.

Вертебрально-базиллярная болезнь характеризуется частым сочетанием сосудистых расстройств с биомеханическими, функциональными и рефлекторными нарушениями в виде миотонических и нейротрофических синдромов (синдром передней лестничной мышцы, нижней косой и других мышц головы и шеи, синдром плече-лопаточного периартроза и др.).

На основании систематизации полученных данных у больных с сосудистыми дисгемиями в вертебрально-базиллярном бассейне нами выделено четыре стадии заболевания.

На первой стадии развития вертебрально-базиллярной болезни у большинства больных удается проследить болевой, вегеталгический и ангиодистонический компоненты.

В клинической картине заболевания наблюдаются:

- вестибулокохлеарные нарушения в виде головокружений при перемене положения тела, головы и туловища;

- вегетососудистые нарушения в улитке и лабиринте, проявляются ощущениями давления и боли в наружном слуховом проходе, шумом, гудением, жужжанием и звоном в ушах;

- головные боли распирающего или приступообразного характера в области лба, висков, темени;

- фотопсии в виде точек или песка перед глазами, «чувство пелены перед глазами»;

- быстрая утомляемость, снижение работоспособности, рассеянность, легко про-

воцирующиеся психическими и физическими стресс-факторами;

- в неврологическом статусе преобладание субъективной симптоматики над признаками очагового поражения нервной системы.

В этой стадии заболевания помогают все методы лечения: медикаментозная терапия, физиотерапия, рефлексотерапия, токи Бернара, бальнеотерапия и др. Но основа патобиомеханическая, поэтому наиболее эффективны методы мануальной терапии и остеопатии.

Вторая стадия вертебрально-базилярной болезни связана с компрессионным механизмом в форме механического сдавления позвоночной артерии, изменения ее проходимости и сосудисто-ишемическими расстройствами в результате внедрения сосудистой стенки в просвет артерии.

В клинической картине вертебрально-базилярной болезни II стадии отмечено наличие в той или иной степени выраженных:

- головных болей, начинающихся с затылка, иррадиирующих в теменную, аурикулярную, височную или лобно-орбитальную области, чаще постоянного характера, редко больные ощущают светлые промежутки, усиление головной боли приступообразное, сочетание с обильным вегетососудистым проявлением: чувство жара, озноба, сердцебиений, страха, тоски, панических атак;

- кохлеовестибулярных, вестибуломожечковых и зрительных расстройств;

- неприятных ощущений или периодически возникающих болей в области сердца, иногда резкие боли начинаются с межлопаточной области, иррадируют в затылочно-теменную, лобно-височную области или глазницу;

- надсегментарных нарушений ритма сердца (пароксимальная тахикардия, экстрасистолия, удлинение интервала QT на ЭКГ);

- симпатoadреналовых пароксизмов в виде приступообразно возникающих жара, озноба, сердцебиений, чувства страха, сочетающихся с головокружениями, шумом, зво-

ном в ушах, появлением радужных кругов и мушек перед глазами, светобоязнью, слезотечением, гиперемией лица, головными болями со стреляющим, пронизывающим, жгучим оттенком; после приступа может наблюдаться обильное мочеиспускание;

- приступов височной эпилепсии, одного больного с височной эпилепсией мы наблюдали на протяжении 10 лет с 9-летнего возраста. После мануальной терапии на постоянном комплексе медикаментозного противосудорожного лечения приступы прекращались на 3–6 месяцев, год, затем снова появлялись, проводились повторные курсы мануальной терапии. В настоящее время юноше 19 лет, успешно учится на II курсе медицинского института, приступов нет. Комплекс мануальной терапии оставался постоянным. Данный случай иллюстрирует важное значение биомеханического фактора в этиологии височной эпилепсии.

При ультразвуковой доплерографии у больных со II стадией вертебрально-базилярной болезни выявлялась разница основных показателей линейной скорости кровотока от 30 до 50%, при этом динамические пробы усугубляли гиподинамию по одной или обоим позвоночным артериям до 30–50%.

На рентгенограммах шейного отдела позвоночника у всех больных со II стадией вертебрально-базилярной болезни отмечена дуга сколиоза с несимметричным стоянием зуба аксиса, диска в 3–4 двигательных сегментах, задние протрузии по 2–3 мм – до 40% случаев.

После проведения первой процедуры мануальной терапии с применением суставной мобилизационной и манипуляционной техники у больных с вертебрально-базилярной болезнью наблюдался кратковременный эффект в течение 1,5–2 ч, после чего вся клиническая симптоматика возвращалась к исходному уровню и вновь определялись ликвидированные во время мануального воздействия функциональные блокады. Так как у этих больных головокруже-

ние усиливалось при наклоне головы назад, в последующем, после проведения мануальной терапии, проводили фиксацию шейного отдела позвоночника мягким воротником типа Шанца, захватывая подбородок, чтобы исключить движения головы назад. Параллельно использовали методы постизометрической релаксации тонически напряженных мышечных групп без вращения головы, наклонов назад и в стороны.

У всех больных после курса комплексного лечения с применением методов мануальной терапии в количестве 10–15 процедур удавалось купировать основную субъективную и объективную симптоматику, уменьшить болевой синдром и мышечный дисбаланс.

Субъективная и объективная симптоматика в этой стадии заболевания возвращались к исходному уровню через 2–4 нед., в связи с чем приходилось проводить повторные курсы лечения: вначале через месяц, полтора, постепенно увеличивая промежутки до поддерживающих курсов 3–4 раза в год.

При ультразвуковой доплерографии больных с вертебрально-базилярной болезнью II стадии восстанавливалась линейная скорость кровотока при прямом положении головы, уменьшалась гипоперфузия при динамических пробах.

На рентгенограммах шейного отдела позвоночника уменьшались дуга сколиоза и несимметричное расстояние зуба аксиса.

Вертебрально-базилярная болезнь III стадии. В клинической картине заболевания наблюдаются:

- приступообразные системные головокружения (ощущение быстрого вращения окружающих предметов или внутри головы), часто с тошнотой, рвотой, головной болью, в части случаев со слабостью в конечностях по гемитипу;

- приступы drop-attack (синдром Унтерхарнштадта, синдром Сикстинской капеллы);

- элементы симптомов Горнера или Пти;

- неустойчивость, падение в пробе Ромберга;

- дисметрия;

- адиадохокинез;

- спонтанный горизонтальный нистагм;

- головная боль.

Частота приступов сильно варьирует. В одних случаях они возникают редко, разделяясь промежутками в 2–3–4 года, а в других наблюдаются каждые полгода, ежемесячно, каждую неделю. Во многих случаях церебральная симптоматика провоцировалась запрокидыванием головы назад или резким поворотом в сторону.

Продолжительность приступов была весьма различной: от нескольких минут до нескольких часов. Постепенное учащение и утяжеление преходящих церебральных расстройств является важным признаком нарастания угрозы инсульта. Повторяющиеся приступы характеризовались аналогичными симптомами, отличаясь лишь степенью выраженности отдельных признаков.

Необходимо отметить, что многообразие вегетативной симптоматики у больных с вертебрально-базилярной болезнью III стадии заболевания, характерных для II стадии, у этой категории больных не наблюдалось.

При проведении мануальной диагностики у больных с дисгемиями в вертебрально-базилярном бассейне III стадии регистрировались функциональные блокады во всех двигательных сегментах шейного отдела позвоночника с меньшей частотой в сегментах $C_{II}-C_{III}-C_{III}-C_{VI}$.

В III стадии вертебрально-базилярной болезни при ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных артерий определяется асимметрия кровотока до 100% (т.е. спектр линейной скорости кровотока по одной из позвоночных артерий или не выявляется вообще, или представлен abortивным спектром, определяемым только в систолу (феномен «биения»), звук которого напоминает стук) (А.Ю. Нефедов, 2005).

Значительная асимметрия кровотока по позвоночной артерии имела как при положении головы «прямо» (статическая вертебрально-базилярная недостаточность), так и при ротационных пробах (динамическая вертебрально-базилярная недостаточность).

На рентгенограммах шейного отдела позвоночника отмечены те же изменения, что и в предыдущих стадиях, но количество задних протрузий дисков возросло до 59,6%.

Лечение больных с вертебрально-базилярной болезнью III стадии проводилось на протяжении 4–6 лет, после чего отмечено исчезновение субъективной и объективной клинической симптоматики (количество курсов – 12–15).

После проведения курса лечения у больных с вертебрально-базилярной болезнью III стадии постепенно уменьшались головные боли, головокружения, снижение зрения, чувство «заложенности» или шума в ушах, приступы преходящих нарушений мозгового кровообращения. Со стороны неврологического статуса положительная динамика отмечена в меньшей выраженности симптомов Горнера или Пти после лечения, в исчезновении или уменьшении диплопии при взгляде вперед, пошатывания и падения в позе Ромберга. Частота приступов уменьшалась в 87% случаев, исчезала в 36% случаев.

При проведении мануальной диагностики отмечались восстановление объема пассивных движений в шейном отделе позвоночника, исчезновение тонического напряжения мышц шеи и плечевого пояса.

При проведении ультразвуковой доплерографии у всех больных отмечалось исчезновение гемодинамически значимых экстравазальных стенозов и окклюзий.

Прирост линейной скорости кровотока после первой процедуры в среднем по артериям составил 43,2%, а после курса лечения – 52,5%. Максимальное увеличение ЛСК после первой процедуры отмечено в позвоночных артериях, оно составило 67,0%; в общих сонных артериях максимальное

увеличение линейной скорости кровотока было равно 32,6%, во внутренних сонных – 47,9%, в подключичных – 25,5%. После курса лечения прирост линейной скорости кровотока в позвоночных артериях составил 105,8%, в общих сонных – 42,5%, во внутренних сонных – 36,5%, в подключичных – 25%.

На рентгенограммах шейного отдела позвоночника уменьшались статико-динамические нарушения, сколиотическая дуга и несимметричное стояние зуба аксиса.

Проведение катемнестического наблюдения через 6 лет у 60 больных с дисгемиями в вертебрально-базилярном бассейне III стадии по данным клинического обследования, мануальной диагностики и ультразвукового исследования показало сохранение полученного эффекта.

Частным случаем вертебрально-базилярной болезни III стадии рассматривали синдром единственной позвоночной артерии и синдром гипоплазии позвоночной артерии, где эффективность применения методов мануальной терапии достигала до 45% случаев.

В Центре мануальной терапии Департамента здравоохранения г. Москвы ежегодно проходят диагностику и лечение 500–600 больных с вертебрально-базилярной болезнью, из них 27–30% – с преходящими нарушениями мозгового кровообращения. Это больные наиболее молодого и трудоспособного возраста населения нашей страны. В 78 % случаев мы возвращаем больных к трудовой деятельности, применяя методы мануальной терапии.

IV стадия вертебрально-базилярной болезни проявлялась стойкой неврологической симптоматикой.

При этом перечисленные при III стадии заболевания клинические признаки могли наблюдаться в разных сочетаниях, но обязательным компонентом являлись выраженные симптомы орального автоматизма и не отмечалось кризового течения заболевания. Всем больным этой группы выставлялся диагноз, кроме вертебрально-

базилярной недостаточности, атеросклероз сосудов головного мозга I–II стадии, дисциркуляторная энцефалопатия I–II стадии и назначалась соответствующая медикаментозная терапия (церебролизин, эссенциалефорте, стугерон, глицин и др.).

Проведение суставных мобилизационных и манипуляционных техник больным с вертебрально-базилярной болезнью IV стадии противопоказано.

Таким образом, нами определены дифференциально-диагностические критерии между различными стадиями вертебрально-базилярной болезни.

1. По данным неврологического статуса: отсутствие очаговой неврологической симптоматики в I стадии вертебрально-базилярной болезни и минимальная симптоматика во II стадии, появление преходящих расстройств мозгового кровообращения в III стадии заболевания с преходящей транзиторной неврологической симптоматикой и появление стойкой очаговой симптоматики в IV стадии заболевания в сочетании с атеросклерозом.

2. По данным мануальной диагностики: отсутствие функциональных блокад в среднешейных двигательных сегментах в начальной стадии заболевания, появление их во II и III стадиях и наличие во всех двигательных сегментах в IV стадии заболевания.

3. По данным ультразвуковой диагностики: сохранение нормального кровотока в позвоночных артериях в I стадии, ишемия при поворотах головы во II стадии и экстравазальная компрессия в III–IV стадиях.

4. Выявлено прогностическое значение применения первой процедуры мануальной терапии: возможность полного выздоровления больного при постепенно нарастающем на протяжении курса эффекте лечения и затрудненность выздоровления при выраженном эффекте лечения после первой процедуры.

5. Так как одним из ведущих этиологических факторов вертебрально-базилярной болезни является вертеброгенная составляющая, то мануальная терапия – адек-

ватный и эффективный метод лечения этой патологии.

6. Выявлены показания и противопоказания к проведению мануальной терапии у больных с вертебрально-базилярной болезнью и разработан алгоритм действия врача в каждой стадии заболевания.

По мере того как в процессе исследования и накопления фундаментальных знаний повышается уровень сведения о конкретных болезнях, создаются новые способы лечения заболеваний нервной системы и методы их предупреждения (Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С., 2000).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оказалось, что в основе всех разнообразных клинических проявлений вертеброгенных заболеваний важнейшую этиопатогенетическую роль играет функциональная блокада сустава, которую можно эффективно ликвидировать методами мануальной терапии.

Мануальная терапия как медицинская специальность внесла свой весомый вклад в современную медицину, обогатив ее теоретическими и практическими знаниями:

1. О целостном двигательном стереотипе человека, закодированного в кратковременной и долговременной памяти.

2. О роли компенсаторного фактора в виде *функциональных блокад суставов*, являющихся основным патомеханическим фактором при вертеброгенных заболеваниях, эффективно поддающихся лечению методами мануальной терапии.

3. О значении сосудистого фактора – нарушений микроциркуляции с отеком и венозным застоем в результате сдавления мягких тканей межпозвонковой грыжей.

4. *При радикулопатиях* – о венозном характере заболевания, в связи с чем *абсолютно противопоказаны* все реабилитационные методы, вызывающие приток артериальной крови: тепловые, электрические, массаж и др.

5. *При вертебрально-базилярной болезни* – о роли механической экстравазаль-

ной компрессии позвоночных нервов, вен и артерий.

Мануальная терапия объединила в единую систему новые знания, ранее разрозненные и единично существовавшие сведения.

Мануальная терапия сочетает в себе все преимущество неврологии с ее точ-

ностью постановки тонического диагноза и эффективность нейрохирургии как лечебного воздействия, и в новом тысячелетии на основании высокотехнологичных достижений займет достойное место в ряду других медицинских специальностей, уменьшающих страдания больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляков, В.В. Спондилогенные болевые синдромы (структуральные и функциональные аспекты) / В.В. Беляков. – Обнинск, 2014. – 239.
2. Гусев, Е.И. Методы исследования в неврологии и нейрохирургии / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, Г.О. Бурд. – М., 2000. – 255 с.
3. Краснаярова, Н.А. Поясничный отдел позвоночника, биомеханические нарушения и их коррекция : руководство для врачей / Н.А. Краснаярова, С.В. Никонов. – Алматы, 2013. – 144.
4. Кузьминов, К.О. Применение новых ультразвуковых технологий у больных с дискордикулярным конфликтом поясничной локализации / К.О. Кузьминов // Мануальная терапия. – 2004. – № 2.
5. Мохов, Д.Е. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций : клинические рекомендации / Д.Е. Мохов с соавт. – СПб., 2015.
6. Нефедов, А.Ю. Патогенез и диагностика спондилогенной недостаточности кровообращения в вертебрально-базиллярной системе. Новые подходы к лечению : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.Ю. Нефедов. – М., 2005. – 248 с.
7. Ситель, А.Б. Мануальная терапия : руководство для врачей / А.Б. Ситель. – М. : Бином, 2014. – С. 467.
8. Lewit, K. Manualle medizin / K. Lewit. – Leipzig, 1987. – P. 345.
9. Stoddard, A. Lehrbuch der osteopathischen Technik an Wirbelsaule und Becken / A. Stoddard. – Stuttgart : Hippokrates Verl., 1979.
10. Sitel, A.B. Degenerative, dystrophic processes of the cervical spine and haemodynamic failure in the vertebrobasilar system / A.B. Sitel, K.O. Kuzminov, M.A. Bakhtadze // Manual Medizin. – 2011. – Vol. 49, Issue 2. – P. 91–98. .

О ВНЕДРЕНИИ «ПРОТОКОЛА ПЕРВИЧНОГО ПРИЕМА ВРАЧА-ОСТЕОПАТА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»

Е.В. Абрамова, И.А. Аптекарь

НОУ ДПО «Тюменский институт остеопатической медицины». Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В течение 2014 г. в АНО «Тюменский институт мануальной медицины» был внедрен разработанный И.А. Аптекарем и Е.В. Абрамовой «Протокол первичного приема врача-osteопата в педиатрии», который позволил структурировать первичный прием, оптимизировать время, максимально эффективно реализовать комплекс диагностики и лечения. В течение 2014–2015 г.г. при работе в рамках «Протокола...» появилась настоятельная необходимость его коррекции. Внесенные в структуру «Протокола...» изменения позволяют более точно определить показания и противопоказания к остеопатическому лечению, а при необходимости рекомендовать пациенту дополнительное обследование. С этой же целью нами разработана и внедрена в работу АНО ТИММ «Модель алгоритма определения показаний и противопоказаний для остеопатической помощи в педиатрии», которая позволяет наиболее эффективно провести дифференциальный диагноз и реализовать комплекс диагностики и лечения.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ

Внесенные изменения в «Протокол первичного приема врача-osteопата в педиатрии» и предложенная нами «Модель алгоритма определения показаний и противопоказаний для остеопатической помощи в педиатрии» предназначены для повышения качества оказания остеопатической помощи детям врачами-osteопатами. Особенно они важны для врачей, не имеющих первичной специализации по педиатрии.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ

Раздел № 1. Описание изменений, внесенных в «Протокол первичного приема врача-osteопата в педиатрии».

При работе с предложенным нами «Протоколом...» было принято решение создать две его формы. Первая форма заполняется в случае, когда ребенок, обратившийся за остеопатической помощью, не имеет заключения врача-педиатра (см. рис. 1).

В разделе «Объективное исследование» внесены данные результатов исследования мобильности внутренних органов.

В пункте № 3 «Результаты фасциального пальпаторного и перцептивного тестирования» при прослушивании ладонью с головы пациента оцениваются глобальные зоны напряжения, ограничения подвижности. В случае нарушения целостности врач-osteопат выявляет при прослушивании с головы пациента наличие или отсутствие глобальных фасциальных напряжений и тяг, ограничений подвижности относительно центральной оси. В первую очередь определяют вектора, указывающие на изменения состояния фасций – поверхностной, средней (передний листок представлен брюшиной и париетальной плеврой, задний листок – брюшиной и висцеральной плеврой), глубокой (передний листок представлен задней частью висцеральных оболочек шеи и передней продольной связкой, задний листок – желтой связкой, над- и подостистой связками и всеми связочными элементами за плоскостью позвоночника) и/или глубочайшей («core-link» – представлена

Рис. 1. «Протокол первичного приема врача-остеопата (педиатрия)»

АНО «Тюменский институт мануальной медицины»

ОТДЕЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ ОСТЕОПАТИИ

ПРОТОКОЛ ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ К ВРАЧУ-ОСТЕОПАТУ (ПЕДИАТРИЯ)

ФИО врача _____ / _____ « ____ » _____ 20 ____ г. ФИО пациента _____

1. Жалобы на момент обращения: _____

2. Анамнез заболевания: _____

3. Анамнез жизни: Бесплодие/ЭКО. Беременность по счету _____, протекала физиологически, на фоне угрозы прерывания / гестоза / маловодия / многоводия / фетоплацентарной недостаточности/ОРИ /лечения _____, лечения антибиотиками в 1-м, 2-м, 3-м триместре _____

Роды _____, в сроке _____ недель, физиологические/ быстрые/стремительные/ пособия (поворот на ножку, вакуум, щипцы)/ длительность безводного промежутка до 8 часов, более 8 часов/ со стимуляцией/ перидуральной анестезией/ эпизиотомией/ амниотомией/ оперативные (планово, экстренно _____). Обвитие пуповины _____.
Головное / тазовое (ножное, ягодичное), поперечное предлежание плода, из двойни, родился _____. Оценка по Апгар _____ баллов. Масса _____ гр., длина _____ см. Закричал сразу/ после стимуляции/ после санации верхних дыхательных путей/ не кричал. Проявления гипоксии. Родовая травма/ кефалогематома/ перелом ключицы. Переведен в РАО / ОПН. ИВЛ / NSPAR _____ дней. К груди приложен в родовой / на _____ день. Выписан из роддома/ОПН домой на _____ сутки жизни. В периоде новорожденности не болел / болел/ неонатальная желтуха (консервативное лечение, ЗПК). Неонатальный скрининг _____. Аудиотест _____. Вскармливание _____

На диспансерном учете не состоит / состоит с Ds: _____

Перенес (заболевания, в т.ч. детские инфекции) _____

Травмы/операции/ _____

Вакцинация (негативные реакции) _____

Постоянно принимаемые препараты _____

Аллергический анамнез _____

Наследственные заболевания _____

Эпидемиологический анамнез _____

Двигательный анамнез _____

Зрение*: Visus OD _____ с корп. _____ Visus OS _____ с корп. _____ (*заполняется при наличии заключения окулиста).

Данные объективного обследования*

(*заполняется в случае первичного обращения без заключения педиатра или профильного специалиста)

Состояние удовлетворительное, средней степени тяжести. Телосложение правильное. Нарушение осанки (крыловидные лопатки, сколиоз, асимметрия лопаток, надплечий) _____

Питания удовлетворительного, пониженного, избыточного _____

Менингеальные знаки _____. Реакция на tragus _____. t° _____. Бол. родничок _____

Самочувствие/эмоциональные реакции _____ Сон _____ . Аппетит _____

Кожные покровы физиологической окраски и влажности, чистые, бледные, сухие, повышенной влажности (локальный гипергидроз стоп, ладоней), проявления дерматита _____

Глобальное фасциальное прослушивание _____

Взеве: слизистые оболочки розовые, налетов нет, яркая, умеренная, неяркая гиперемия дужек, миндалин, зернистость задней стенки глотки, миндалины гипертрофированы до I–II–III-й ст., разрыхлены, _____

Носовое дыхание: свободное, умеренно, значительно затруднено, выделений нет, выделения слизистого, слизисто-гнояного характера, обильные, необильные, скудные _____

Периферические лимфоузлы интактные, _____

Фасциальное прослушивание грудной клетки и средостения _____

Дыхательная система: Аускультативно в легких дыхание пуэрильное/ везикулярное, хрипов нет, жесткое, проводится по всем полям, ослаблено _____, выдох удлинён, с обеих сторон/ справа/ слева выслушиваются проводные, свистящие/ жужжащие, сухие, влажные разнокалиберные, средне-пузырчатые /мелко-пузырчатые хрипы, рассеянные по всем полям, локализованные _____ ЧД _____ в мин. **Перкуторно** легочный/ коробочный звук/ оттенок/ притупление звука _____

Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца: ясные, ритмичные, шумов нет, _____ шум _____, ЧСС _____ в мин., АД _____ / _____ мм. рт. ст. _____

Пищеварительная система: Зубы _____, **Прикус** _____, брекеты /пластинки _____

Фасциальное «прослушивание» живота _____ . Живот правильной формы, _____, мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребенка, **грыжевое выпячивание/ слабость** в области пупочного кольца/ белой линии живота +/- . **Печень** по краю реберной дуги, + _____ см из-под края реберной дуги, мобильность печени _____ . **Селезенка** не пальпируется, + _____ см из-под края реберной дуги, мобильность селезенки _____

Стул: без патологических примесей, оформленный, кашицеобразный, _____ раз в сутки, запоры _____

Мочеполовая система: Почки: пальпация, оценка мобильности почек _____

Наружные половые органы сформированы правильно (по женскому типу, по мужскому типу, яички в мошонке), признаков воспаления нет. **Мочеиспускания** не нарушены, учащены, урежены, _____ раз в сутки, _____

Данные мануального/остеопатического обследования

1. Опорно-двигательный аппарат _____

Позвоночник (изгибы, участие в движении, болезненность при пальпации) _____

Суставы (КПС, ТЗБ, другие крупные суставы) объем и характер движения, симметричность, ригидность, болезненность _____

Мышцы (тонус, участие в движении, болезненность при пальпации) _____

Фасции (локальные рестрикции) _____

Дополнительные
данные _____

2. Неврологический статус* (*при наличии заключения детского невролога не заполняется)

Критерий	Оценка	Критерий	Оценка	Критерий	Оценка
Мышечный тонус		Состояние большого родничка		Нистагм	
Двигательная активность		Ригидность затылочных мышц		Симптом Грефе	
Физиологические рефлексы		Судороги		Состояние ЧМН	
Коленные рефлексы		Тремор		Парезы и параличи	

3. Результаты фасциального пальпаторного и перцептивного тестирования

<i>Фасциальное пальпаторное и перцептивное тестирование</i>	<i>Оценка результатов</i>
Глобальное	
Грудной клетки и средостения	
Диагностика подвижности грудобрюшной диафрагмы	
Передняя брюшная стенка	
Органы малого таза	

4. Результаты тестирования краниосакральной системы

Фасциальное прослушивание головы _____

RAF: ритм _____ амплитуда _____ сила _____ Компрессия на уровне СБС + /-- Паттерн черепа
_____ Асинхронизм _____ +/- ; крестец/ЗК _____ Ограничение подвижности костей черепа на уровне швов
_____ Внутрикостные соматические дисфункции костей черепа _____ крестца _____ других
костей _____

5. Данные дополнительных методов обследования: _____

6. ДИАГНОЗ: Клинический (МКБ-X) _____

7. Остеопатическое заключение:

<i>Уровень нарушения</i>	<i>Гидродинамическое / ритмогенное</i>	<i>Нейродинамическое</i>	<i>Биомеханическое</i>
Глобальный (целостный)			
Региональный			
Локальный			
Доминирующая соматическая дисфункция			

Значимые соматические дисфункции адаптации _____

8. Остеопатическое лечение (коррекция): показано / противопоказано / дообследование _____

9. Контрольное тестирование результатов коррекции _____

10. План лечения: _____

Консультация узких специалистов: _____

Дополнительные методы обследования: _____

Дополнительные методы лечения _____

Режим, питание _____

Повторный прием /консультация (дата): _____ **Врач** _____

dura mater, задней продольной связкой, межпозвонковыми дисками и пульпозным ядром).

Указанное в пункте № 7 «Остеопатическое заключение» эквивалентно остеопатическому диагнозу. В нем указываются ведущая или первичная соматическая дисфункция (биомеханический или локальный уровень) и наиболее значимые адаптации (региональный и глобальный уровень).

Введен пункт № 9 «Контрольное тестирование результатов коррекции». После сеанса остеопатического лечения проводится контрольное тестирование – от локального к глобальному. В его процессе оцениваются изменения на локальном уровне (качество, объем, ритмогенность и т.д.), далее – изменения на региональном и глобальном (на уровне целостности всего тела) уровнях.

В конце приема составляется план лечения (пункт № 10 «Протокола...»), даются рекомендации по режиму дня, двигательным нагрузкам и питанию. В тех случаях, когда после ретестирования повторно возникает вопрос о дифференциальной диагностике, дополнительно назначаются консультации узких специалистов, методы обследования. При необходимости назначаются дополнительные методы лечения. Уточняется дата повторного приема.

Вторая форма заполняется в том случае, если пациент имеет на руках заключение врача-педиатра с рекомендациями о необходимости проведения остеопатической коррекции.

Кроме того, в процессе работы над «Протоколом первичного приема...» возникла необходимость «Протокола повторного приема врача-osteопата в педиатрии». Данный документ также разработан в АНО ТИММ.

Раздел № 2. Модель алгоритма определения показаний и противопоказаний для остеопатической помощи в педиатрии.

В нашей работе мы разработали модель алгоритма определения показаний и

противопоказаний для остеопатической помощи в педиатрии. В итоге соблюдения данного алгоритма у врача-osteопата должны будут сформироваться 3 потока пациентов:

1-й поток – остеопатическое лечение не показано или противопоказано;

2-й поток – остеопатическое лечение показано в комплексе с аллопатическими методами лечения;

3-й поток – показано только остеопатическое лечение.

Графическое отображение данной «Модели...» представлено на рис. 2.

Итогом данного раздела нашей работы явилась разработка своего рода пошаговых «маршрутных карт» к наиболее часто встречающимся ситуациям при обращении детей за остеопатической помощью. Предложенные нами схемы выявляют «симптомы тревоги» и позволяют обезопасить врача-osteопата.

Приводим два примера таких пошаговых «маршрутных карт».

1-й пример. При обращении родителей с жалобами на нарушение любых фаз сна у детей (на нарушение сна, «плохо засыпает», «беспокойный сон», «вертится во сне», «двигается по кровати во сне» и др.) необходимо проведение консультации невролога. По показаниям проводятся консультации психолога или психиатра, нейросонография, компьютерная томография или ядерно-магнитный резонанс головы, ЭЭГ, РЭГ, М-ЭХО, полисомнография.

Существует множество состояний, которые необходимо дифференцировать: ночные кошмары, снохождение (сомнамбулизм), сомнилокия (сноговорение), эпилепсия, нарушения сна, обусловленные несоответствием режима дня возрасту ребенка.

При подтверждении диагноза нарушение сна (с указанием фазы) необходимо уточнить основную соматическую дисфункцию и её «форму». Показано проведение комплексной терапии совместно с педиатром и неврологом (по показаниям).

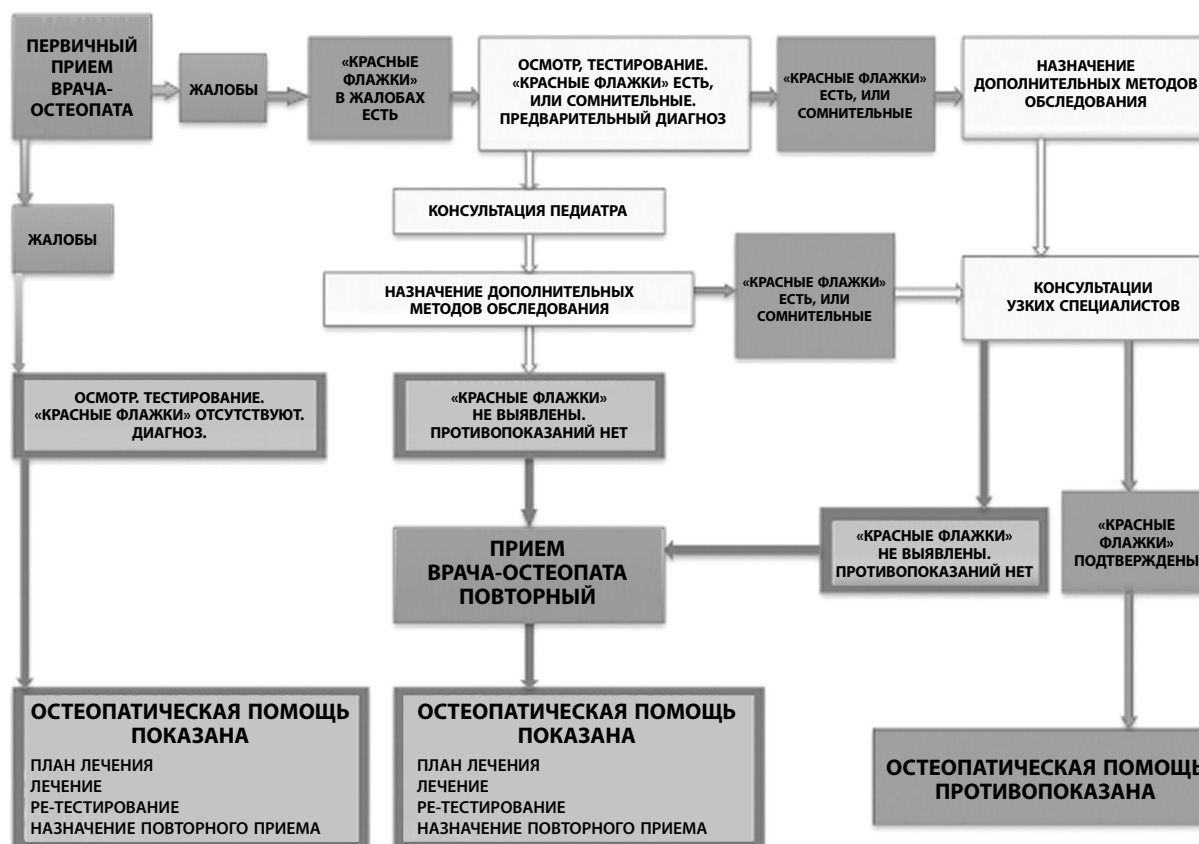


Рис. 2. Модель алгоритма определения показаний и противопоказаний для остеопатической помощи в педиатрии

Обнаружение любого из симптомов, указанных в табл. 1, у детей любого возраста и подростков требует тщательного диагностического поиска с целью исключения иного заболевания, с более высокой степенью тяжести и возможностью осложнений. Остеопатическое лечение до уточнения диагноза противопоказано.

2-й пример. Обращение родителей

с жалобами на срыгивания, рвоту у ребенка. Срыгивания – ретроградный пассивный заброс небольших количеств пищи из желудка в глотку и ротовую полость, ежедневно в течение как минимум двух недель.

Функциональные срыгивания имеют характерные клинические особенности:

Таблица 1

«СИМПТОМЫ ТРЕВОГИ» (ALARM SYMPTOMS), ИЛИ «КРАСНЫЕ ФЛАЖКИ» (RED FLAGS)

Симптомы	Иные возможные причины нарушения сна
Сочетание с сильной головной болью, начавшейся внезапно, имеющей необычный характер, с судорогами, с нарушением/потерей сознания.	Эпилепсия
Сочетание с утренней головной болью (просыпается утром с головной болью).	Объемный процесс в головном мозге
Сочетание с лихорадкой, монотонным криком, судорогами, с нарушением/потерей сознания, с изменениями в общем анализе крови (наличие анемии, лейкоцитоза и ускоренной СОЭ).	Нейроинфекция, менингит, менингоэнцефалит

появляются внезапно, без каких-либо предвестников и происходят без заметного участия мышц живота и диафрагмы, не сопровождаются вегетативными симптомами, не отражаются на самочувствии, поведении, аппетите ребенка и прибавке массы тела, сочетаются с отхождением воздуха, наблюдаются непосредственно сразу или вскоре после кормления нествороженным или частично створоженным молоком, характерны для детей первого года жизни и обусловлены анатомо-физиологическими особенностями ЖКТ.

Для уточнения диагноза необходима консультация педиатра, в процессе которой проводится оценка характера питания (исключительно грудное, смешанное или искусственное, сроки введения и объем докорма/прикорма, правильность прикладывания к груди/кормления из бутылочки), выявление нарушения режима питания и питьевого режима, режима дня и т.д.

По показаниям проводятся консультации гастроэнтеролога, невролога, психолога или психиатра, УЗИ органов брюшной полости (для детей старше 1 года – с пробным завтраком), анализ кала на копрограмму, анализ кала на дисбактериоз кишечника.

При подтверждении диагноза «синдром функциональных срыгиваний» необходимо уточнить основную соматическую дисфункцию и её «форму». Показаны консультация педиатра (коррекция режима питания и режима дня), комплексная терапия, совместно с гастроэнтерологом и неврологом (по показаниям).

Существует множество состояний, сопровождающихся рвотой, которые необходимо дифференцировать: пилоростеноз, пилороспазм, менингит и менингоэнцефалит, синдром внутричерепной гипертензии, острая кишечная инфекция или пищевая токсикоинфекция.

Таблица 2

«СИМПТОМЫ ТРЕВОГИ» (ALARM SYMPTOMS), ИЛИ «КРАСНЫЕ ФЛАЖКИ» (RED FLAGS)

<i>Симптомы</i>	<i>Возможная иная причина срыгиваний, рвоты</i>
Сочетание срыгиваний с лихорадкой, с изменениями в общем анализе крови (наличие анемии, лейкоцитоза и ускоренной СОЭ).	Общеинфекционные заболевания
Сочетание срыгиваний с рвотой с кровью (гематемезис), с черным дегтеобразным стулом (мелена).	Кровотечение верхних отделов ЖКТ
Сочетание срыгиваний с рвотой с кровью (гематемезис) и дисфагией.	Объемное образование пищевода. Варикозное расширение вен пищевода
Сочетание срыгиваний с появлением алой крови в кале (гематохезия).	Кровотечение нижних отделов ЖКТ. Трещина слизистой прямой кишки
Сочетание срыгиваний с лихорадкой, с появлением алой крови в кале (гематохезия), с изменениями в общем анализе крови (наличие анемии, лейкоцитоза и ускоренной СОЭ).	КИНЭ (гемоколит)
Сочетание срыгиваний с немотивированным снижением веса, черным дегтеобразным стулом (мелена).	Неспецифический язвенный колит.
Сочетание срыгиваний с немотивированным снижением веса.	Объемное образование кишечника

Основной дифференциальный диагноз срыгиваний у детей проводится с поражением центральной и/или периферической нервной системы гипоксически-ишемического характера, врожденной патологией ЖКТ (атрезии, стенозы пищевода и/или желудка), соматической патологией (ГЭРБ, хронический эзофагит, другая хроническая патология ЖКТ), онкопатологией (объемный процесс в пищеводе и в брюшной полости), острой хирургической патологией (пилоростеноз, пилороспазм), инфекционной патологией (КИНЭ).

Обнаружение любого из симптомов, указанных в таблице 2, у детей любого возраста и подростков требует тщательного диагностического поиска с целью исключения иного заболевания, с более высокой степенью тяжести и возможностью ослож-

нений. Остеопатическое лечение до уточнения диагноза противопоказано.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение «Модели алгоритма определения показаний и противопоказаний для остеопатической помощи в педиатрии» и использование «Протокола первичного приема врача-osteопата в педиатрии» позволили повысить качество оказания медицинской помощи по остеопатии в педиатрической практике. Это обусловлено минимизированием временных затрат на заполнение документации, повышением объема необходимого клинического обследования, повышением уровня привлечения узких специалистов для уточнения клинического диагноза и совместной оценки достигнутых результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А.А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 437 с. : ил.
2. Новосельцев, С.В. Введение в остеопатию. Краниодиагностика и техники коррекции : практическое руководство для врачей / С.В. Новосельцев. – СПб. : ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2007. – 344 с. : ил.
3. Новосельцев, С.В. Введение в остеопатию. Мякотканые и суставные техники : практическое руководство для врачей / С.В. Новосельцев. – 2-е изд., доп. и перераб. – СПб. : ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2009. – 320 с. : ил.
4. Новосельцев, С.В. Введение в остеопатию. Частная краниальная остеопатия : практическое руководство для врачей / С.В. Новосельцев. – СПб. : ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2010. – 352 с. : ил.
5. Новосельцев, С.В. Клиническая остеопатия. Висцеральные техники / С.В. Новосельцев. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2013. – 296 с. : ил.
6. Профилактическая педиатрия : руководство для врачей / под ред. А.А. Баранова. – М. : Союз педиатров России, 2012. – 692 с.
7. Шабалов, Н.П. Детские болезни : учебник / Н.П. Шабалов ; в 2-х томах ; 7-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2013.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Л.А. Пегова, И.В. Рыженкова, К.П. Сергушов

ФГБУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента РФ. Москва, Россия

Аллопатическая медицина не выделяет среди патологии плечевого сустава дисфункций, связанных с различного рода смещениями, очень небольшая амплитуда которых, требующая высокой чувствительности и навыков пальпации от остеопата, не уменьшает их патогенетической значимости в развитии синдрома. В каждом суставе плечевого пояса остеопатия выделяет целый ряд локальных дисфункций, которые сопровождаются смещением различных составляющих частей сочленения, детерминирующих его биомеханику [1, 3, 6, 7].

При диагностике и оценке эффективности лечения биомеханических нарушений плечевого сустава с точки зрения доказательной медицины врачи-osteопаты испытывают затруднения в применении инструментальных методов исследования [2].

Использование данных ультразвукового исследования (УЗИ) плечевого сустава в диагностике позволяет в практической деятельности получить информацию о наличии органических, прежде всего травматических, повреждений мягких тканей и костей сустава для определения возможности дальнейшего использования всего арсенала техник коррекции и лечения биомеханических нарушений. В общепринятых «стандартах» УЗИ применяют как первичный метод визуализации в большинстве случаев поражений мягких тканей: связочного аппарата, мышц (прежде всего манжеты ротаторов), наличие различного рода выпота, изменений синовиальной оболочки (формирование паннуса) и других признаков воспали-

тельного или другого патологического процесса в суставе [2]. При этом исследование и описание проводится только поврежденного (больного) сустава, что позволяет остеопату лишь частично дополнить полученную при помощи пальпации и тестов картину повреждения сустава.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами была изучена возможность использования ультразвукового исследования для диагностики и оценки результатов остеопатического лечения дисфункций суставов плечевого пояса, связанных с различными смещениями в грудиноключичном, акромиально-ключичном и плечелопаточном сочленениях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа проводилась на базе отделения мануальной терапии и остеопатии ФГБУ «Поликлиники № 1» Управления делами Президента РФ г. Москвы.

Клиническое исследование включало 28 пациентов в возрасте от 25 лет до 71 года, направляемых на мануальную терапию терапевтами, неврологами, травматологами и др. специалистами поликлиники с болями в области плечевого сустава, явлениями плечелопаточного периартроза и цервикобрахиалгии. У всех пациентов были выявлены различные локальные биомеханические нарушения в плечевом суставе: компрессия ГКС, дисфункция закрытия, раскрытия и смещения ключицы в АКС, и головки плечевой кости в плече-гленоидальном сочле-

нении. В основной группе использовалась остеопатическая диагностика (по протоколу) [4]. Специфическая диагностика включала проведение активных тестов и пассивные тесты: тест пассивный неспецифический (тест сравнительный, двусторонний), диагностику движений головки плечевой кости вперед-назад (тест пассивный специфический двусторонний), диагностика движений головки плечевой кости вниз-вверх (тест «верхней» головки плечевой кости) и др. [1, 3, 6–8].

Ультразвуковое исследование обоих плечевых суставов со сравнительными замерами расстояний между костными ориентирами до и после лечения.

По результатам осмотра и диагностики врач-osteopat направлял пациента на УЗИ плечевых суставов с указанием конкретно выявленных дисфункций. Разработаны критерии оценки дисфункций, сопровождающихся смещениями суставных структур, позволяющие отображать в цифрах

межкостные расстояния различных сочленений:

- в грудино-ключичном сочленении было взято расстояние между суставной вырезкой грудины и проксимальным концом ключицы;

- в акромиально-ключичном сочленении – расстояние между дистальным концом ключицы и акромиальным отростком лопатки;

- в глено-гумеральном сочленении, в отличие от других, была принята толщина ротаторной манжетки, которая соответствует расстоянию между акромиальным отростком и проксимальной головкой плечевой кости. Использовать только костные ориентиры в данном сочленении не позволяют мягкие ткани ротаторной манжеты, частично прикрывающие головку плечевой кости. На рис. 1, 2 и 3 приведены примеры изображения, полученного на мониторе аппарата УЗИ различных суставов плечевого пояса.

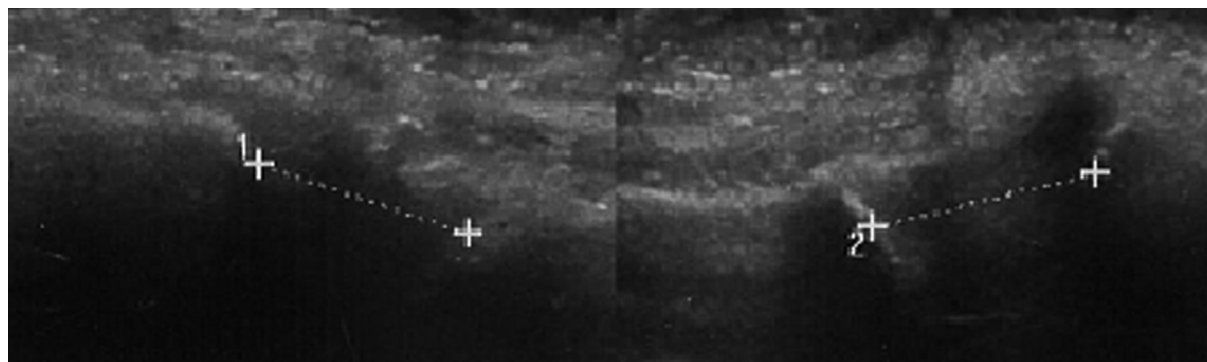


Рис. 1. Результат УЗИ грудино-ключичного сочленения

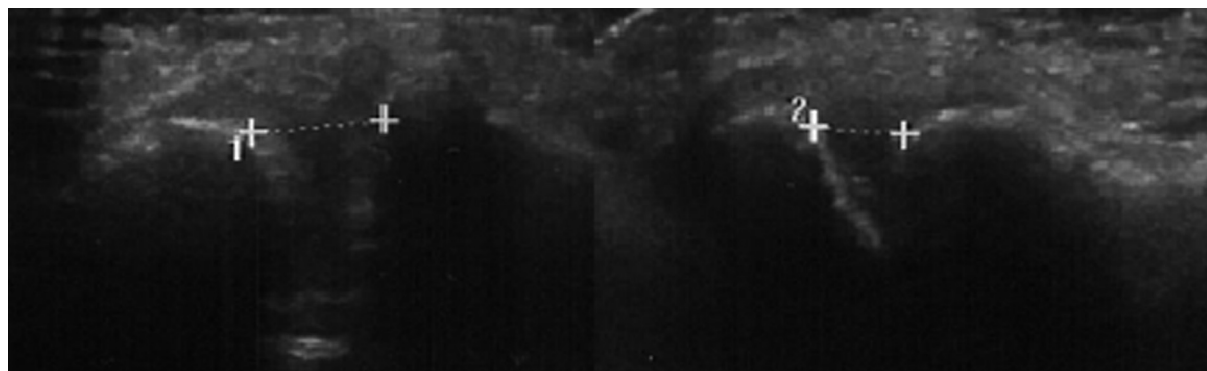


Рис. 2. Результат УЗИ акромиально-ключичного сочленения

Суставная щель в проекции грудинно-ключичного сочленения:

справа 1,04 см,

слева 1,12 см.

Суставная щель в проекции акромиально-ключичного сочленения:

справа 0,6 см,

слева 0,58 см.

Толщина ротаторной манжетки в проекции сухожилия надостной мышцы:

справа 0,49 см,

слева 0,46 см.

После проведения диагностики пациентам исследуемой группы проводилась остеопатическая коррекция. Выбор регионов для диагностики и коррекции был обоснован не только простым локальным или региональным «соседством», но и фасциальными и мышечными взаимосвязями, а также проприоцептивным влиянием, создающим напряжение и постуральный дисбаланс [1, 3, 6, 9].

После клинического улучшения (выраженного снижения болевого синдрома, увеличения объема движений) проводилось контрольное УЗИ с замером тех же параметров, что и в диагностическом исследовании.

Контрольную группу составили 6 пациентов, которым не проводилась остеопатическая мануальная коррекция. Контрольной группе УЗИ проводилось в день обращения и через 15 дней после курса

комплексного лечения, которое включало: медикаментозное лечение (НПВП и обезболивающие препараты; согревающие, противовоспалительные мази и гели); физиотерапию (электро- и магнитотерапию различными физиотерапевтическими приборами); иглорефлексотерапию; ЛФК (согласно Московских городских стандартов оказания медицинской помощи).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из более чем 20 возможных локальных биомеханических нарушений плечевого сустава в исследуемых нами группах было выявлено 6, процентное соотношение которых представлено на рис. 4. Наиболее частыми дисфункциями явились компрессия ГКС (17,8%) и переднее смещение головки плечевой кости (17,8%). Сочетанные дисфункции составили 39,2% от общего числа биомеханических нарушений.



Рис. 4. Соотношение локальных биомеханических дисфункций плечевого сустава

Результаты остеопатического обследования и ультразвукового исследования представлены в табл. 1.

Сравнивая данные исследуемой и контрольной групп, представленных в табл. 1, можно отметить, что после проведенного

лечения в исследуемой группе произошло практически полное устранение биомеханических нарушений, установленное ретестированием, в то время как в контрольной группе их наличие практически не изменилось.

Таблица 1

**НАЛИЧИЕ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ
С ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОЙ ПЕРИАРТРОПАТИЕЙ И ЦЕРВИКОБРАХИАЛГИЕЙ (N-28)**

Патобиомеханические нарушения	Основная группа				Контрольная группа			
	Остеопатическое обследование		Ультразвуковое обследование		Остеопатическое обследование		Ультразвуковое обследование	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Компрессия ГКС	5	-	7	2	3	4	4	4
Передне-верхнее смещение ключицы в ГКС	3	-	5	1	-	-	-	-
Раскрытие АКС	2	-	6	-	1	1	1	1
Закрытие АКС	1	-	2	-	-	-	-	-
Переднее смещение головки плечевой кости	7	-	9	2	2	1	2	1
Заднее смещение головки плечевой кости	1	-	1	-	-	-	-	-
Верхнее смещение головки плечевой кости	2	1	2	-	1	1	1	1
Передне(задне-)-верхнее смещение головки плечевой кости	6	-	6	1	2	2	2	2

В результате проведенных исследований было установлено, что при наличии в суставе локальной биомеханической дисфункции расстояние между костными ориентирами на $4 \pm 1,5$ мм меньше, чем со стороны здорового сочленения (табл. 2), что, вероятно, происходит из-за напряжения периартикулярных мягких тканей сустава. После проведения курса остеопатической коррекции разница в расстоянии между костными ориентирами у здорового и больного суставов уменьшилась до $2 \pm 1,2$ мм,

что дает основание говорить о лучшей сбалансированности суставов.

Анализ данных табл. 2 показывает, что после лечения в группе пациентов, прошедших остеопатическую коррекцию, разница в расстоянии между суставными поверхностями уменьшилась, что может быть расценено, как произошедшая релаксация и гармонизация тканей. Особенно это отмечается при дисфункции компрессии ГКС и переднего смещения головки плечевой кости.

Таблица 2

РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ КОСТНЫМИ ОРИЕНТИРАМИ В СОЧЛЕНЕНИЯХ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА ДО И ПОСЛЕ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УЗИ (М±m мм)

Дисфункция		До лечения		После лечения	
		Сустав с дисфункцией	Здоровый сустав	Сустав с дисфункцией	Здоровый сустав
Основная группа	Компрессия ГКС	*0,62±0,13	0,79±0,21	*0,65±0,15	0,73±0,28
	Раскрытие АКС	0,80±0,20	0,64±0,21	0,72±0,10	0,65±0,11
	Закрытие АКС	0,79±0,31	0,90±0,19	0,81±0,28	0,91±0,19
	Переднее смещение головки плечевой кости	0,58±0,10	0,55±0,02	0,62±0,10	0,61±0,08
	Передне-верхнее смещение головки плечевой кости	0,66±0,09	0,67±0,21	0,50±0,09	0,58±0,22
Контрольная группа	Компрессия ГКС	0,63±0,20	0,59±0,16	0,58±0,12	0,61±0,21
	Раскрытие АКС	0,81±0,16	0,83±0,17	0,84±0,19	0,87±0,22
	Переднее смещение головки плечевой кости	0,59±0,08	0,58±0,10	0,60±0,12	0,59±0,11

* Различия достоверны при $P < 0,05$.

ВЫВОДЫ

1. Полученные данные УЗИ подтверждают наличие смещений в сочленениях плечевого пояса при различных локальных соматических дисфункциях. Расстояния между суставными поверхностями, полученные при УЗИ, могут быть использованы в качестве диагностического критерия оценки наличия локальной биомеханической дисфункции в ГКС, АКС и глено-гумеральном сочленении.

2. Ультразвуковые исследования, проведенные до лечения пациентам с соматическими дисфункциями суставов плечевого пояса, подтверждают достоверное уменьшение размеров межсуставной щели у сустава с биомеханической дисфункцией по сравнению со здоровым суставом.

3. Проведенные исследования показали возможность использования УЗИ при оценке результатов остеопатической коррекции локальных биомеханических нарушений, сопровождающих соматические дисфункции плечевого сустава.

4. Устранение биомеханических нарушений, сопровождающих соматические дисфункции плечевого сустава, в комплексе остеопатической коррекции способствует уменьшению интенсивности болевого синдрома и увеличению объема движений. После проведения остеопатической коррекции соматических дисфункций, в результате снижения тонуса мышц, релаксации и гармонизации периартикулярных мягких тканей, происходит достоверное увеличение межсуставных расстояний на $4 \pm 1,5$ мм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бараль, Ж.-П. Травма. Остеопатический подход / Ж.-П. Бараль, А. Кробьер. – Иваново : Изд-во МИК, 2003. – 355 с.
2. Беленький, А.Г. Патология плечевого сустава. Плечелопаточный периартрит. Прощание с термином: от приблизительности – к конкретным нозологическим формам / А.Г. Беленький // Consilium medicum. – 04.02.2004.
3. Мохов, Д.Е. Постурология в диагностике соматических дисфункций / Д.Е. Мохов, С.В. Новосельцев. – СПб.: СПбМАПО, 2011. – 55 с.
4. Мохов, Д.Е. Остеопатическая диагностика соматических дисфункций : Клинические рекомендации / Д.Е. Мохов, В.О. Белаш, Ю.О. Кузьмина, Д.С. Лебедев, Д.Б. Мирошников, Е.С. Трегубова, Е.Е. Ширяева, И.Г. Юшманов. – СПб.: Невский ракурс, 2015. – 89 с.
5. Неттер, Ф. Атлас анатомии человека / Ф. Неттер. – 4-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 624 с.
6. Новосельцев, С.В. Введение в остеопатию / Новосельцев С.В. – 2-е изд., доп. и перераб. – СПб.: ООО "Издательство ФОЛИАНТ", 2009. – 320 с. – Т. 1. Мягкотканые и суставные техники.
7. Поляков, А.А. Остеопатия в восстановительном лечении при плечелопаточных периартропатиях, обусловленных дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава / А.А. Поляков, В.В. Вяльцев // Российский остеопатический журнал. – 2013. – №3–4 (22–23). – С. 15–25.
8. Тревел, Дж. Г. Миофасциальные боли: в 2-х томах / Дж. Г. Тревел, Д.Г. Симонс ; пер. с англ. – М. : «Медицина», 1989. – 255 с. – Т. 1.
9. Майерс, Томас В. Анатомические поездки / Томас В. Майерс ; пер. с англ. Ю.С. Воробьевой. – СПб. : Меркулов Д.С. (при участии ООО «МЕРИДИАН-С»), 2007. – 284 с. : ил.

ПРИМЕНЕНИЕ ОСТЕОПАТИИ, АКУПУНКТУРЫ И ЛОКАЛЬНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРАЛИЧА БЕЛЛА (СЕРИЯ СЛУЧАЕВ)

Ю.О. Новиков

Башкирский государственный медицинский университет. Уфа, Россия

Паралич Белла относится к рубрике G51.0 МКБ-10, которая используется для обозначения идиопатического поражения лицевого нерва. Встречаемость заболевания достаточно высока и занимает второе место среди заболеваний периферической нервной системы, уступая лишь спондилогенным поражениям. Заболевают от 20 до 30 человек в год на 100 000 населения [3–5].

В основе патогенеза заболевания лежат особенности кровоснабжения лицевого нерва и развитие отека в узком фаллопиевом канале, что приводит к дальнейшему развитию ишемии как вследствие спазма сосудов, так и за счет компрессии сосудов отечным нервом, чаще поражаются нижние отделы нерва вследствие того, что эпинеуральная оболочка на уровне шилососцевидного отростка утолщена и очень упруга. Исследованиями последних лет было установлено, что у больных в острой стадии обнаруживаются повышенные титры антител к вирусам простого герпеса, гриппа, аденовирусам, вирусу эпидемического паротита, что позволяет говорить о пусковой роли вирусной инфекции при ПБ [1, 2].

Как правило, развитию пареза предшествует боль за ухом. Пациенты жалуются на онемение и чувство тяжести в лице. В качестве провоцирующего фактора большинство больных отмечают переохлаждение, сквозняки, психоэмоциональные перегрузки.

Облигатным признаком заболевания является слабость мимических мышц половины лица, вплоть до пlegии. Пациенты при обследовании не могут наморщить лоб, отмечается лагофтальм – глаз не закрывается и не моргает, симптом Белла – при закрывании глаза на стороне поражения через зияющую глазную щель видна белая полоска склеры вследствие того, что глазное яблоко откатывается вверх и кнаружи, симптом паруса – пациент не может удержать воздух за щекой, при оскале губов выявляется ассиметрия, угол рта свисает. Затруднен прием пищи и жидкости. У пациентов также могут выявляться нарушение слуха и вестибулярной возбудимости, слезотечение, слюнотечение или, наоборот – сухость глаза, извращение звуков, вкуса, что зависит от уровня поражения лицевого нерва. При исследовании чувствительности на лице выявляется гипералгезия в области наружного слухового прохода и позади ушной раковины. Тяжесть симптомов ПБ обычно определяют при помощи оценочной шкалы Хауса–Бракманна.

Обследование больных должно включать магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга, рентгенографию височной кости, ультразвуковую доплерографию сосудов головного мозга, осмотр лор-врачом. Также определяют уровень глюкозы в крови, проводят серологические исследования при подозрении на наличие инфекций.

Лечение ПБ направлено в первую очередь на снятие отека и усиление крово- и

лимфообращения в области лица, улучшение проводимости нерва, восстановление функции мимических мышц, предупреждение развития мышечной контрактуры. В остром периоде заболевания назначают гормонотерапию, дегидратационную, сосудистую, антиоксидантную терапию, витамины группы В. Дальнейшие лечебные мероприятия направлены на ускорение регенерации пораженных нервных волокон и восстановление проводимости сохранившихся, предупреждение атрофии мимических мышц, профилактику контрактур, в подострый период добавляют антихолинэстеразные препараты. Из немедикаментозных методов лечения широкое применение нашли физиотерапия, акупунктура, массаж, ЛФК, методы постизометрической релаксации. Также хорошо себя зарекомендовала остеопатия, особенно техники на черепных нервах.

Под нашим наблюдением находилось 18 пациентов с ПБ в возрасте от 25 до 56 лет, из них 10 мужчин и 8 женщин, с длительностью заболевания от 1 дня до 1,5 месяцев. Контрольную группу решили не выделять в связи с небольшим количеством пациентов. Всем больным проводилось стандартное неврологическое обследование. Дополнительные методы исследования – МРТ с контрастированием, рентгенография пирамид височных костей по Стейнверсу, серологические анализы крови, консультация оториноларинголога – позволили исключить специфическое поражение лицевого нерва.

Лечение включало в себя локальную инъекционную терапию, остеопатию и акупунктуру. В острую и подострую стадию для снятия компрессии лицевого нерва в шилососцевидное отверстие (*foramen stylomastoideum*), расположенное на нижней поверхности пирамиды височной кости между шиловидным и сосцевидным отростками, вводили кортикостероиды (25 мг гидрокортизона или 30 мг преднизолон). Для устранения асимметрии лица использовали лейкопластырную маску, проводя на-

тяжение со здоровой стороны на больную, против тяги мышц здоровой стороны, и фиксировали свободный конец пластыря к шлему-маске, которую можно заменить длинной полоской лейкопластыря, прикреплённой в области нижней челюсти и скуловой кости, непосредственно перед ушной раковиной и в области лба по границе роста волос. Для определения локальных микроциркуляторных нарушений пациенту внутривенно вводили 0,1% раствор никотиновой кислоты 3–5 мл и на фоне покраснения кожи лица выявляли «зоны побледнения», обычно локализующиеся в области лба, околоушной области и носогубной складки. В эти участки лица, непосредственно в мимическую мускулатуру, вводили 0,2–0,5 мл препарата в одну зону. Учитывая, что инъекции болезненны, их проводили инсулиновым шприцом через 2–3 дня, всего 7–10 процедур. При проведении акупунктуры руководствовались классическими правилами: воздействовали на здоровую половину лица с целью уменьшения перерастяжения мышц больной половины лица. Одновременно с воздействием на точки здоровой стороны использовали отдалённые точки (P7, Gl4 или Gl11), оказывающие нормализующее влияние на мышцы как больной, так и здоровой стороны. В остром периоде иглорефлексотерапия на больной половине лица проводится по возбуждающему методу. На лице использовали следующие точки: T24; T26, T27; E1, E2, E3, E4; E8; Gl19; Gl20; IG18; VB1; VB3; VB14; V1; TR23. Хорошо себя зарекомендовала техника горизонтального введения длинной иглы на больной стороне из точки E4 в направлении E6, E7 или IG19. При использовании этой техники необходимо осуществлять контроль за прохождением иглы через мимические мышцы.

Проводили 10–12 процедур ежедневно, в последующем использовали точки Gl4 и E36 – один раз в неделю в течение 3–4 месяцев. Из остеопатических техник использовали миофасциальный релиз уплотнённых участков мышц, постизометриче-

скую релаксацию. Особое место в лечении уделялось невралгической манипуляции на лицевом нерве по Барралю. При определенном навыке, пальпация ветвей лицевого нерва достаточно информативна для остеопата и позволяет выявить набухание нерва «почка», а также местные ограничения движения нерва по длиннику. Освобождение нерва от местных воспалительно-слипчивых процессов, рестрикций позволяет улучшить интраневральное кровоснабжение, что способствует нормальному функционированию нерва. Также всем пациентам рекомендовали занятия лечебной гимнастикой перед зеркалом: приподнимание, опускание, сведение, разведение бровей, надувание щеки без сопротивления и с давлением на нее, закрывание и открывание глаза, складывание губ, как для свиста, и выдувание воздуха, оскаливание зубов, выдвижение нижней челюсти вперед и др.

Эффективность лечения оценивали по шкале Хауса–Бракманна, где: I степень соответствует норме; II – легкая дисфункция, проявляющаяся легкой слабостью, определяемой при внимательном осмотре; III – умеренная дисфункция – явная слабость

без нарушения формы лица; IV – средняя – с нарушением формы лица; V – тяжелая – едва заметные движения; VI – парез (см. таблицу).

Таблица

**ПОРАЖЕНИЕ ЛИЦЕВОЙ МУСКУЛАТУРЫ
ПО ШКАЛЕ ХАУСА–БРАКМАННА**

Степень поражения	До лечения	После лечения
	-	6 (33,3%)
	1 (5,6%)	7 (38,9%)
	4 (22,2%)	5 (27,8%)
	12 (66,6%)	-
	1 (5,6%)	-
	-	-

Таким образом, применение разработанного лечебного комплекса, включающего остеопатию, акупунктуру и локальную инъекционную терапию, эффективно при лечении больных с ПБ, что подтверждает положительная динамическая оценка степени поражения лицевой мускулатуры, которая составила свыше 70%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко, А.Н. Комплексное лечение невропатии лицевого нерва с применением нейромидина и антиоксидантной терапии / А.Н. Бойко, Е.В. Костенко, Т.Т. Батышева // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – № 4. – С. 199–202.
2. Болезни нервной системы : руководство для врачей / под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – М. : Медицина, 2001. – С. 744.
3. Морозова, О.Г. Опыт лечения невропатии лицевого нерва с применением препарата актовегин драже / О.Г. Морозова, В.И. Здыбский, А.А. Ярошевский // Международный неврологический журнал. – 2008. – 2(18). – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/5270>
4. Hauser, W.A. Incidence and prognosis of Bell's palsy in the population of Rochester, Minnesota / W.A. Hauser, W.E. Karnes, J. Annis, L.T. Kurland // Mayo Clin. Proc. – 1971. – V. 46. – p. 258–264.
5. Kandil, M.R. A community-based epidemiological study of peripheral neuropathies in Assiut, Egypt / M.R. Kandil, E.S. Darwish, E.M. Khedr, M.M. Sabry, M.A. Abdulah // Neurol. Res. – 2012. – Dec;34(10). – p. 960–966.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫТЯЖЕНИЯ В МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СУХИХ ТРАКЦИЙ ШЕЙНОГО И ВЕРХНЕГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

С.В. Лондон, Ю.А. Уколова, Г.Ю. Иванов, В.П. Пархалин
Медицинский центр «Магус». Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Современный мир с его нестабильностью и неуверенностью в завтрашнем дне, огромные мегаполисы, где ритм жизни стал все больше походить на передвижение в сверхзвуковом пространстве, безусловно сказываются на общем состоянии организма. Профессиональные и эмоциональные перегрузки, длительное сидение за компьютером и в транспорте в последние годы стали занимать одно из первых мест в формировании и развитии заболеваний позвоночника и мягких тканей.

Совсем недавно в медицинском сообществе сформировалось мнение, что мышечно-фасциальный болевой синдром (МФБС) является следствием функциональных биомеханических нарушений локомоторной системы, о чем писали в своих работах, например, Л.Ф. Васильева, В. Янда, К. Левит, Г. Иваничев, Д. Симонс, Д. Вольтер и др.

Общеизвестно, что мышечно-фасциальная система является частью постуральной системы, основная задача которой – поддержание вертикальной позы человека в условиях разнообразных движений головы, рук, туловища, ног.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью настоящего исследования является определение потенциальной эффективности «сухих» тракций (вытяжение) шей-

ного и верхнегрудного отделов позвоночника при помощи гравитационного стола для вытяжения и специального блочного устройства – петли Глиссона, – которая одевается на пациента с лицевой части черепа и другой частью перекидывается через блок, на который вывешивается отягощение.

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из числа пациентов, поступивших на лечение в медицинский центр, методом случайной выборки была сформирована группа из 10 человек (5 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 27 до 80 лет со следующими диагнозами: цефалобрахизалгия, артропатии неясного генеза, ВБН, НЦД, гипертензия 1 ст., атеросклероз сосудов головного мозга. Указанные диагнозы были установлены и подтверждены инструментально и зарегистрированы документально. Давность заболевания в среднем составляла от 4 месяцев до 2 лет и более. До обращения за медицинской помощью пациенты принимали классическую лекарственную терапию, физиотерапию, санаторно-курортное лечение, динамическое наблюдение.

При применении тракционной терапии учитывались следующие условия:

- документальное подтверждение диагноза;
- длительность заболевания;

- продолжительность болевого синдрома при тех или иных заболеваниях;
- отсутствие или нестойкий эффект от полученного ранее лечения.

Всем пациентам до начала назначения сухого вытяжения шейного и верхнегрудного отделов позвоночника проводились контроль АД и пульса, ЧСС, ОАК, ОАМ, КТ (МРТ) шейного, грудного отделов позвоночника, УЗИ (БЦА), ТКДГ транскраниальных сосудов, на основании чего были определены показания и противопоказания к проведению лечения.

Во время проведения процедуры со всеми участниками исследования поддерживался стандартный контакт для получения обратной связи.

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ

Процедура сухого вытяжения шейного и верхнегрудного отделов позвоночника подразумевает активное участие пациента и врача.

Проведение процедуры проводится при помощи стола с гравитационным эффектом и кронштейна с блоковым устройством из положения как лежа на спине, так и сидя.

Во время процедуры пациент находится в положении лежа на спине, а врач контролирует воздействие тягового усилия груза на состояние пациента. Время вытяжения и вес отягощения, при помощи которого используются сухие тракции, устанавливается индивидуально и зависит от анамнеза заболеваний, возраста, сопутствующих заболеваний, массы тела, АД, состояния ССС на момент проведения процедуры, наличия противопоказаний.

ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА

1. Гравитационный стол для вытяжения позвоночника и перекачивания жидких сред.
2. Гравитационные манжеты – 1 пара.
3. Кронштейн с блочным устройством для вытяжения.
4. Петля Глиссона.

5. Отягощения для вытяжения.

6. Воротник Шанса (одевается по окончании проведения процедуры).

ТЕХНИЧЕСКОЕ ИСПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Перед тем как приступить к процедуре вытяжения, пациенту проводились:

- контроль АД, PS, ЧСС;
- предварительный массаж воротниковой зоны;
- ПИРМ верхней апертуры грудной клетки, диафрагмы, левого и правого куполов плевры по необходимости, грудиноключично-сосцевидной мышцы, лестничных мышц, флексоров и экстензоров мышц шейного отдела, трапециевидных мышц, надостных и др.

При проведении процедуры пациент находится в положении лежа на спине. Ножной конец фиксируется при помощи гравитационных манжет, на голову надевается петля Глиссона, на которой фиксируется трос с отягощением (см. фото).

Процедура вытяжения выполняется медленно, плавно, с постепенным увеличением объема движений в заблокированном ПДС. Иногда при восстановлении подвижности в ПДС можно услышать специфический акустический феномен (щелчок), что определяется как устранение ФБ.

По окончании процедуры пациента просят оставаться в положении лежа 3–5 минут



во избежание перепада АД, PS, дыхания, усиления головных болей и головокружений.

После процедуры вытяжения шею пациента следует зафиксировать мягким воротником Шанца, который необходимо носить постоянно вплоть до следующей процедуры, снимая только на ночь.

Количество процедур для вытяжения индивидуально, но нами выведена средняя статистическая величина от 5 до 8 сеансов.

По окончании курса тракционного лечения пациенту назначались специальные корректирующие мягкие упражнения стати-

ческого характера для закрепления полученного эффекта.

Через 3 недели после проведенного воздействия мы повторяли контрольные исследования:

- общий осмотр: опрос, замер АД, PS, ЧСС;
- неврологический осмотр;
- КТ (МРТ) ШОП – ГОП;
- УЗДГ (БЦА).

Результаты лечения представлены в таблице. За основу исследований принимались индивидуальные жалобы, данные УЗДГ до и после лечения.

Число пациентов 10, из них: 5 женщин, 5 мужчин	Время, используемое для вытяжения ПДС шейного и верхнегрудного отделов позвоночника: 3–5–7–10 минут, которое увеличивалось постепенно, от процедуры к процедуре.			
	До лечения	Во время лечения	После лечения	Состояние в динамике
	S D	S D	S D	
Ж. 49 лет	ПАЛ – 19	22 – 22	0 – 0	По сравнению с данными до лечения, отмечено улучшение вертебрального кровотока, исчезновение асимметрии кровотока
	ПАП – 19	22 – 22	0 – 0	
	ПАЛ – 40	30 – 30	8 – 8	
	ПАЛ – 40	30 – 30	8 – 8	
М. 37 лет	СМАЛ 15	17 – 17	10 – 10	По сравнению с данными до лечения, отмечено улучшение показателей ЛСК в бассейне ГА, исчезновение асимметрий в системе ПА, СА
	СМАП 15	17 – 17	10 – 10	
	ГАЛ 44	28 – 28	20 – 20	
	ГАП 44	28 – 28	20 – 20	
Ж. 59 лет	ПАЛ 50	32 – 32	14 – 14	Улучшение показателей ЛСК в системе ПА на обоих уровнях, устранена ВБН
	ПАП 50	32 – 32	14 – 14	
	ГАЛ 25	21 – 22	3 – 3	
	ГАП 25	21 – 22	3 – 3	
Ж. 89 лет	ПАЛ 47	28 – 28	0 – 0	Улучшение показателей гемодинамики соединительных артерий головного мозга
	ПАП 47	28 – 28	0 – 0	
	ГАЛ 28	22 – 22	7 – 7	
	ГАП 28	22 – 22	7 – 7	

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования мы пришли к следующим выводам. При применении сухих тракций шейного и верхнегрудного отдела на гравитационном столе с блоком вытяжения у пациентов:

- уменьшаются или купируются головные боли;
- уменьшаются головокружения, а в некоторых случаях исчезают полностью;
- устраняются боли в шейном и грудном отделах позвоночника, улучшаются функ-

ции верхних конечностей, дыхание, устраняются парестезии в пальцах кистей рук;

- улучшается зрение, слух, уменьшаются шум и гул в ушах.

Предложенный нами подход показал хорошую эффективность при лечении различного рода цефалгий, брахиалгий, НЦД, вертиго, болевых мышечно-фасциальных синдромов, корешковых нарушений.

Считаем данный подход интересным, и работа в этом направлении нами будет продолжена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева, Л.Ф. Функциональные блоки суставов позвоночника и конечностей / Л.Ф. Васильева. – ОАО «Новокузнецкий полиграф комбинат», 1999. – 160 с.
2. Гранит, Р. Основы регуляции движений / Р. Гранит. – М. : Мир, 1973. – 340 с.
3. Чеченин, А.Г. Нейромышечные методики в комплексном лечении неврологических синдромов остеохондроза позвоночника / А.Г. Чеченин. – Новокузнецк, 1996. – 200 с.
4. Коган, О.Г. Визуальная диагностика неоптимальной статики и динамики / О.Г. Коган, И.Р. Шмидт, Л.Ф. Васильева // Ман. мед. –1986. – № 3. – С. 85–92.
5. Жуков, Е.К. Очерки по нервно-мышечной физиологии / Е.К. Жуков. – Л. : Лениздат, 1969. – 287 с.
6. Бернштейн, Н.А. Очерки по физиологии движения и физиологической активности / Н.А. Бернштейн. – М. : Биомедгиз, 1947. – 420 с.
7. Каптелин, А.Ф. Гидрокинезотерапия в ортопедии и травматологии / А.Ф. Каптелин. – М. : Медицина, 1986. – 220 с.
8. Гаже, П.-Мари. Регуляция и нарушения равновесия тела человека / П.-Мари Гаже, Б. Вебер // Постурология. – СПб. : Издательский дом СПбМАПО, 2008. – 314 с.
9. Simons, D. Miofascial Pain / D. Simons. 2004. – 245 с.

ИЗМЕНЕННАЯ АФФЕРЕНТАЦИЯ ИЗ ОБЛАСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ КАК ВОЗМОЖНЫЙ МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ. ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

А.А Бигильдинский, С.В. Новосельцев, Е.Л. Малиновский

ЧАНО ДПО Северо-Западная академия остеопатии. Санкт-Петербург, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Вегетативные расстройства являются одной из самых актуальных проблем современной неврологии. Они встречаются, по разным источникам, у 25–80% взрослого населения [2]. Это неудивительно, поскольку вегетативные изменения сопровождают все патологические процессы в организме, однако в ряде случаев они оказываются основным страданием человека, не имеющего явных соматических или психических заболеваний. Лечение таких пациентов часто носит симптоматический характер, и эффективность его невелика. Сложность заключается в недостаточно четком представлении об этиологии и патогенезе расстройств вегетативной нервной системы (ВНС).

В отечественной неврологии принято деление синдрома вегетативной дистонии (СВД) на три группы: психовегетативный синдром, синдром прогрессирующей вегетативной недостаточности и вегетативно-сосудисто-трофический синдром. Первый – центральный, возникает вследствие дисфункции неспецифических систем мозга (или надсегментарных вегетативных систем). Как правило, затрагивает множество органов и систем. Две другие группы синдромов связывают с периферическими нарушениями: туннельными синдромами, полиневропатиями, вертеброгенными нарушениями и т.п., соответственно, их проявления более локальны и определяются областью нарушенной иннервации [2]. Патогенез перифе-

рических нарушений более-менее понятен, чего не скажешь о нарушениях центральных, которые и являются объектом нашего интереса. Что может заставить центральные нейроны, ассоциированные с ВНС, функционировать неадекватно?

Убедительно показано, что центральные вегетативные структуры могут повреждаться непосредственно, например при черепно-мозговых травмах [8], интоксикации, хронической очаговой инфекции [3]. Механизмы повреждающего воздействия стресса, в том числе эмоциональной природы [7], тоже изучались. Не говоря уже об опухолевом процессе, генетических и обменных заболеваниях. Но в этих случаях мы вряд ли запишем СВД в графу: «основной диагноз». Мы получим на это право, только не найдя у пациента значимой нозологии. Основной фактор, определяющий активность любого нейрона в нормальных условиях, – входящие сигналы (гуморальная регуляция оказывает, скорее, модулирующее влияние) [1, 2, 11].

Любая система управления нуждается в обратной связи, автономная – тем более, и работы есть, которые показывают влияние афферентов любых модальностей на ВНС [3, 6–8, 10–13]. Психовегетативные связи используются, например, при тестировании на полиграфе.

Однако проблема афферентации практически не рассматривается в контексте вегетативных дисфункций.

Это происходит по нескольким причинам.

Во-первых, слишком велико влияние концепции нервизма с ее иерархичностью.

Во-вторых, вегетативная система исторически выделялась по анатомо-физиологическим, а не функциональным критериям, поэтому описывалась исключительно как эфферентная.

В-третьих, и это самое главное – отсутствие методов оценки и коррекции афферентных нарушений. Очевидно, что любое грубое нарушение в теле, особенно сопровождающееся болевым синдромом, должно быть устранено, если мы рассчитываем восстановить нервную интеграцию. Однако далее речь пойдет о не столь явных патологических процессах – соматических дисфункциях, – преимущественно функциональных поражениях, являющихся предметом изучения мануальной медицины.

ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Подтвердить или опровергнуть наличие связи между патологической афферентацией из области соматической дисфункции (СД) и синдромом вегетативной дистонии.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выяснить:

1. Может ли афферентация из соматической дисфункции изменять вектор вегетативной реакции у больных СВД.

2. Связано ли это изменение вегетативной реакции с раздражением определенного участка тела или раздражением дисфункции. Сохранится ли изменение вегетативной реакции при провокации того же региона, но с пролеченной дисфункцией.

3. Насколько связаны результаты лечения данной СД с купированием вегетативных жалоб пациента.

4. Степень эффективности лечения СВД путем коррекции соматической дисфункции с выраженным вегетативным влиянием.

МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И ХОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе остеопатической клиники Новосельцева «Метафизика Движения». Было обследовано 20 пациентов в возрасте от 20 до 56 лет (из них 4 мужчины, 16 женщин) с синдромом вегетативной дистонии (в дальнейшем СВД). Условием являлось отсутствие диагностированных психических и эндокринных заболеваний, а также состояний с перманентными болевыми синдромами. Диагноз СВД, степень тяжести расстройства и оценка эффективности лечения устанавливались по вопроснику А.М. Вейна «Вопросник для выявления признаков вегетативных нарушений» [2]. В группу входили пациенты, получившие более 25 баллов при исходном тестировании.

Для диагностики соматической дисфункции использовались: визуальная диагностика, общее и региональное фасциальное прослушивание с ингибцией, краниальное прослушивание с ингибцией, флекссионный тест с ингибцией, мануальное мышечное тестирование с терапевтической локализацией. Из множества обнаруженных у конкретного пациента СД для дальнейшей оценки выбиралась наиболее значимая на данный момент по совокупности параметров.

Для объективизации вегетативного статуса использовалась фотоплетизмографическая система ДИАЛАС в режиме «визуальное вегетативное тестирование» [5]. Методика проста, удобна и легко применима в формате остеопатического приема. Пациент с плетизмографическим датчиком на пальце в течение двух минут смотрит на экран монитора красного цвета. Повторное измерение можно проводить через 15 минут. Кроме того, в отличие от простого анализа variability сердечного ритма, плетизмография способна оценить не только хронотропный, но и инотропный вектор изменения функции сердечно-сосудистой системы. Система предлагает к анализу множество как количественных, так и каче-

ственных показателей плетизмограммы, из которых мы выбрали два: среднее значение ритмоинотропного показателя (РИП) и среднее значение коэффициента вегетативной регуляции (КоВР). РИП вычисляется по сумме долевых изменений значений частоты сердечных сокращений и амплитуды пульсовых волн относительно исходных значений. Результирующее значение РИП определяется суммацией хронотропного и инотропного вектора. Положительное значение соответствует активации (эрготропная реакция), отрицательное – торможению сердечной деятельности (трофотропная реакция). КоВР – разница долей периодов активации и торможения [5].

Каждому пациенту проводилось 4 тестирования.

1. Исходное (до лечения).
2. Исходное с провокацией (после диагностики, но до лечения) с механической провокацией СД.
3. Контрольное (после лечения).
4. Контрольное с провокацией (после лечения с механической провокацией той же зоны, что и в тесте 2).

Механическая провокация – прием в контексте исследования, направленный на усиление афферентации СД, представляет собой наложение пальца пациента на месторасположение дисфункции, без давления, мышечного напряжения и болевых ощущений. В остеопатии подобный маневр называется ингибцией, в прикладной кинезиологии – терапевтической локализацией.

В группу исследования было включено 14 человек (3 мужчины и 11 женщин), которые при исходном тестировании с провокацией показали значимое изменение РИП и КоВР, относительно теста без провокации. Под «значимым» изменением в данном исследовании мы произвольно понимаем смену направления вектора вегетативной реакции (с эрготропного на трофотропный и наоборот, то есть изменение знака обоих значений с + на – и обратно). Это сделано для упрощения оценки показате-

телей. Количественные значения мы перевели в качественные и оцениваем их бинарно (да–нет).

Лечение включало в себя от 4 до 7 остеопатических приемов с использованием структуральных, краниальных и висцеральных техник.

Результаты оценивались после исчезновения СД (отсутствие диагностировано по тем же критериям, что и наличие) и спустя 3 недели после купирования жалоб пациента, либо после признания бесперспективности дальнейшего остеопатического лечения. Последнее происходило дважды, когда была доказана органическая природа состояния.

Результат лечения признавался положительным, когда пациент набирал менее 25 баллов при повторном анкетировании по «Вопроснику для выявления признаков вегетативных нарушений» Вейна [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты сведены в табл. 1.

Результаты в том же порядке, но представленные в бинарной системе, смотрим в табл. 2. В нее добавлены также результаты остеопатической диагностики СД после лечения, где «СД после лечения» означает актуальность исходной соматической дисфункции после лечения, оцениваемую остеопатическими методами («+» – дисфункция сохраняется, несмотря на проведенное лечение, «–» – остеопатически не определяется, а «ФПГ после лечения» – значимость влияния исходной СД на вегетативный статус после лечения («+» – провокация зоны СД вызывает значимые изменения на ФПГ даже после лечения, «–» – не вызывает значимых изменений).

ВЫВОДЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

1. У 14 из 20 испытуемых (в 70% случаев) была найдена соматическая дисфункция, при механической провокации которой полярно менялся вектор вегетативной активности. Это достаточно высокий процент, даже без учета того, что на первич-

Таблица 1

возраст	пол	баллы по опроснику исходные	баллы по опроснику контрольные	РИП исходный	РИП контрольный	КОВР исходный	КОВР контрольный	СД	РИП исходный с провокацией	КОВР исходный с провокацией	РИП контрольный с провокацией	КОВР контрольный с провокацией
54	ж	53	48	8.56	4	-72.36	34.8	ВНЧС	53.59	79.0	35.14	100
30	ж	34	27	-1.7	-7	-65.23	-63.3	глаз	20.0	50	13	52.1
42	ж	44	7	1.95	31	76.11	98.6	крестец	0.91	-84.85	26	90.1
53	ж	46	25	-6.0	-26.47	-77.65	-28.95	лодыжка	21.73	98.74	16	73.6
47	м	42	13	2.63	24.39	-14.47	70	ВНЧС	51.48	66.23	46.43	83.82
37	м	34	16	-3.69	147.18	-70.32	92.70	печень	46.33	80.25	69.08	71.85
24	ж	47	5	96.32	-17.93	-89.8	-32.47	ВНЧС	4	-50.94	180	100
53	ж	29	6	4.71	-9	38.57	-49.6	почка	0.77	94.48	50	100
56	ж	25	0	40.67	18.0	88.52	58.0	живот шов	117.06	98.36	15.0	88.0
31	ж	55	11	42.0	5.0	82.7	27.4	височная кость	-5.0	-50.4	20.14	37.6
31	ж	47	19	8.62	150	-75.44	100	подвзд. область	180	90.86	-9.0	-27.8
41	ж	45	21	10.0	30.06.15	43.8	98.0	Ямка на черепе	-17.0	-88.3	25.0	98.0
20	м	28	5	38.98	56.56	61.21	84.83	стрейн	-12.24	-75.86	55.28	100.0
30	ж	46	19	84.0	45.0	96.6	94.7	копчик	-45.0	-98.8	45.0	85.2

Таблица 2

результат лечения	СД после лечения	ФПГ после лечения
-	+	+
-	+	+
+	-	-
+	-	-
+	-	-
+	+	+
+	+	+
+	-	-
+	-	-
+	+	+
+	-	-
+	-	-
+	-	-

ном приеме у нас было максимум 2 попытки оценки ФПГ с провокацией (интервал между тестами не должен быть менее 15 минут).

2. Остеопатическая диагностика с результатами фотоплетизмографии с провокацией и без нее на контрольном этапе совпала на 100%. В тех случаях, когда СД купировалась, исчезала ФПГ-реакция на провокацию, если СД оставалась актуальной, ФПГ-реакция сохранялась. Это доказывает то, что ФПГ-реакция была обусловлена именно патологической афферентацией, а не просто раздражением рефлексогенных зон.

3. Совпадение результатов лечения СД и купирования СВД – 79% (11 из 14). В случаях безрезультатного лечения СВД – 100%

(СД осталась у 2 из 2 пациентов), в случаях успешного лечения – 75% (СД определялась у 3 из 12).

4. Положительный результат в лечении СВД остеопатическими методами среди испытуемых – 87% (12 из 14).

Удивительно высокий результат в лечении вегетативных нарушений методами, направленными на устранение соматических дисфункций, можно попытаться объяснить тремя способами.

Во-первых, СД может изменять эфферентное проведение проходящих через нее вегетативных волокон. Тогда эффект лечения будет ограничен зоной иннервации. И пусть она может быть очень значительна, например, в случае вовлечения ствола блуждающего нерва, этим механизмом не объясняется модуляция хроноинотропной функции путем воздействия на рубец в подвздошной области.

Во-вторых, СД может вовлекать надсегментарные структуры вегетативной и неспецифические структуры центральной нервной системы. Изменяя их функцию непосредственно, можно получить потрясающие эффекты, причем вовсе необязательно положительные. И хотя в ходе лечения не использовались техники работы на паренхиме мозга и невральные техники, полностью исключить этот механизм мы не можем, пока не доказано обратное. Здесь

могли работать и не невральные механизмы модификации функции ЦНС. К тому же вряд ли случайно, что в 50% случаев (7 из 14) значимая соматическая дисфункция располагалась в голове.

И, наконец, третье – модуляция афферентных сигналов. Устраняя СД, мы восстанавливаем нормальную импульсацию от рецепторов данной области. Получая правильную входящую информацию, ЦНС, при условии ее сохранности, будет генерировать адекватный моторный и вегетативный ответ. Преимущество этой модели в том, что она прекрасно согласуется с прошлыми наблюдениями [3, 6–8, 10, 12], результатами эксперимента и, главное, дает нам точку приложения терапевтических усилий. Гораздо проще воздействовать на механику периферической дисфункции, чем пытаться регулировать активность центральных вегетативных структур.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО ИЗУЧЕНИЯ

Интересной оказалась локализация вегетативно значимых дисфункций (см. табл. 1). Неожиданно большая доля висцеральных нарушений (29%). Преобладание нарушений

в краниосакральной системе (64%) было ожидаемо, ведь помимо рецепторного поля, она тесно механически связана с ЦНС, а вот что треть из них – дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, стало сюрпризом. Так же, как и отсутствие среди находок нарушений позвоночника! Показательна была находка дисфункции голеностопного сустава. Она, как никакая другая, служит подтверждению нашей гипотезы.

Однако, на наш взгляд, самое любопытное наблюдение: ни одна из этих вегетативно значимых дисфункций не была указана самим пациентом. Наличие проблемы в данной области не осознавалось.

Можно предположить, что неврологическая дезинтеграция, являющаяся основой СВД [2], возникает при несовпадении ожидаемого «образа тела» и реальных афферентных данных. Когда проблема явно проявляет себя болью или дискомфортом и осознается, образ схемы тела в ЦНС перестраивается и конфликта данных не возникает.

Эта спекулятивная гипотеза нуждается в обосновании и экспериментальной проверке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бер, М. Топический диагноз в неврологии по Петеру Дуусу : анатомия, физиология, клиника / М. Бер, М. Фроштер ; пер. с англ. ; под ред. З.А. Суслиной. – М. : Практическая медицина, 2009. – 478 с.
2. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / под ред. А.М. Вейна. – М. : Медицинское информационное агентство, 1998. – 752 с.
3. Бобров, В.А. Нейроциркуляторная дистония у больных хронической очаговой инфекцией: Механизмы формирования и развития / В.А. Бобров, Н.В. Башмакова // Журн. неврологии и психиатрии. – 1994. – Т. 94, N 5. – С. 18–21.
4. Маколкин, В.И. Нейроциркуляторная дистония (Клиника, диагностика, лечение) / В.И. Маколкин, С.А. Аббакумов, А.А. Сапожникова. – Чебоксары : Чувашия, 1995. – 250 с.
5. Малиновский, Е.Л. Стратегия и тактика повышения эффективности лазерной терапии : руководство для врачей / Е.Л. Малиновский // М., 2010. – С. 249.
6. Романенко, И.В. Психовегетативные расстройства при болевых вертеброгенных синдромах / И.В. Романенко, В.Л. Олубев // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1992. – Т. 94, N 5. – С. 7–10.
7. Судаков, К.В. Механизмы застойных изменений химических свойств структур мозга при эмоциональном стрессе (обзор) / К.В. Судаков // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1992. – Т. 92, N 5/12. – С. 102–107.
8. Шогам, И.И. Место и значение синдрома вегетативной дистонии в клинко-патофизиологической структуре отдаленных последствий легких закрытых черепно-мозговых травм / И.И. Шо-

- гам, В.И. Тайцлин, Г.Д. Перцев и др. // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1992. – Т. 92, N 5/12. – С. 19–22.
9. Bailey, P. A sensory cortical representation of the vagus nerve with a note on the effects of low blood pressure on the cortical electrogram / P. Bailey, F. Bremer // J. Neurophysiol. – 1938. – 1:405– 12.
10. Budgell B. The Reflex Effects of Subluxation: The Autonomic Nervous System / B. Budgell // Dynamic Chiropractic. – October 18, 1999, Vol. 17, Issue 22.
11. Gibbins, I. Functional organization of autonomic neural pathways / Ian Gibbins // Organogenesis. Jul 1, 2013; 9(3): 169–175.
12. Saper, C.B. The central autonomic nervous system: conscious visceral perception and autonomic pattern generation / C.B. Saper // Annu Rev Neurosci. 2002;25:433-69. Epub 2002 Mar 25.
13. Sato, A. Changes in blood pressure and heart rate induced by movements of normal and inflamed knee joints / A. Sato, Y. Sato, R.F. Schmidt // Neurosci Lett 1984;52:55-60.
14. Shibasaki, T. The response pattern of noradrenaline release to repeated stress in the hypothalamic paraventricular nucleus differs according to the form of stress in rats / T. Shibasaki, C. Tsumori, M. Suzuki, et al. // Brain Res. – 1995. – Vol. 670, N 1. – P. 169–172.
15. Yamamoto, T. Localization of cortical gustatory area in rats and its role in taste discrimination / T. Yamamoto, R. Matsuo, Y. Kawamura // J. Neurophysiol. – 1980. 44:440–55.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

«OSTEOPATHY OPEN 2015:

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОСТЕОПАТИИ»

Д.А. Болотов

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Центр мануальной терапии Департамента здравоохранения г. Москвы». Москва, Россия

С 11–14 июня 2015 года в период белых ночей Санкт-Петербургский государственный университет и Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова собирали специалистов со всего мира для обмена опытом на Международный конгресс «Osteopathy Open 2015: Актуальные вопросы остеопатии» в соответствии с планом научно-практических мероприятий Минздрава на 2015 год.

Остеопатическая медицина (osteopathy) – это молодая и быстроразвивающаяся в нашей стране немедикаментозная, неинвазивная лечебно-профилактическая система, направленная на восстановление функциональных резервов человека, повышение уровня его здоровья и качества жизни, сниженных в результате неблагоприятного воздействия факторов внешней среды и деятельности или в результате болезни или травмы. В России остеопатом может быть только врач, прошедший специальное обучение по остеопатии по единым образовательным стандартам в лицензированных образовательных организациях. За почти 20 лет использования остеопатической медицины в России накоплен большой опыт эффективного ее применения в разных областях общественного здравоохранения. Высокая эффективность метода подтверждена в клинических экспериментах и фундаментальных научных исследованиях и вызывает из года в год все больший интерес у врачей различных медицинских специальностей нашей страны.

За рубежом остеопатическая медицина существует более 100 лет, официально признана и с успехом применяется в США, странах Европы и других странах для профилактики и лечения множества патологических состояний. Регулирование остеопатической деятельности за рубежом осуществляется на государственном уровне и на уровне Всемирной организации здравоохранения.

Osteopathy Open – научное мероприятие для остеопатов всего мира, которое дает возможность поддерживать свой профессиональный уровень, быть в курсе достижений мировой остеопатии, обмениваться опытом и мастерством. Целью Конгресса является обмен информацией и координация научных исследований в России, странах СНГ и дальнего зарубежья в области остеопатии.

В первый день конгресса выступали представители Министерства здравоохранения, руководители и преподаватели остеопатических образовательных учреждений из 14 государств, а также представители общественных организаций, ведущие российские и зарубежные специалисты в области остеопатии, неврологии, неонатологии и педиатрии. Приветственное письмо в адрес участников конгресса направила министр здравоохранения Вероника Игоревна Скворцова. Работу конгресса продолжил обмен мнений и дискуссия по организационно-правовым вопросам подготовки специалистов по остеопатии и оказания остеопатической помощи населению в Рос-

сии (докладчики Д.Е. Мохов и Е.С. Трегубова) и в других государствах, на которой рассматривались важнейшие для современной остеопатии вопросы в области государственного и общественно-профессионального регулирования остеопатической помощи населению и подготовки врачей-osteопатов. Живой интерес вызвали выступления президента Американской ассоциации остеопатических колледжей С. Шеннона (S. Shannon, D.O., MPH) о медицинском образовании по остеопатии в США, директора Венской остеопатической школы, президента Европейской остеопатической академии Р. Энгеля (R. Engel, MSc, D.O., OseAN (Austria)) о государственном регулировании остеопатии в Европе и европейских стандартов остеопатии, директора высшей школы остеопатии (Париж, Франция) Р. Капоросси (R. Caporossi, prof., D.O., ESO (Paris)) о регулировании и преподавании остеопатической медицины во Франции, директора ICON – Колледжа остеопатии и натуропатии М. Добенски (M. Dobenski, D.O., ICON (Израиль)) в Иерусалиме, о развитии остеопатии в Израиле. Не менее яркие перспективы развития остеопатии в странах СНГ продемонстрировали руководители Евразийского Института Остеопатической медицины: Б.Ш. Усупбекова (д.м.н., D.O.) об организации остеопатической помощи в Кыргызстане и Н.А. Краснаярова (д.м.н., D.O. КазМУНО (Казахстан)) об организации остеопатической помощи в Казахстане. Успехи в развитии остеопатической помощи на Дальнем Востоке продемонстрировал А.Ф. Беляев (д.м.н., проф., D.O. (Россия)). Возможности и проблемы в работе частных остеопатических клиник в современных условиях показал И.А. Аптекарь (к.м.н., D.O., ТИММ (Россия)). По итогам конференции была принята резолюция.

11 июня прошло заседание профильной комиссии Министерства здравоохранения по специальности «Остеопатия». Обсуждались вопросы разработки и внедрения

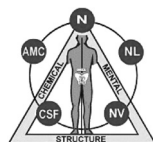
новых нормативно-правовых актов, предстоящего лицензирования медицинской деятельности по профилю «osteопатия». Профильная комиссия рассмотрела и предложила к утверждению клинические рекомендации по остеопатии: «Дифференциальная диагностика при оказании остеопатической помощи пациентам с головокружениями» и «Остеопатическая диагностика соматических дисфункций у детей».

12 июня состоялось пленарное заседание Международного симпозиума «Остеопатия и здоровье ребенка», на котором обсуждались роль и место остеопатической медицины в профилактике заболеваний у детей и подростков, новые подходы к остеопатическому лечению детей в неонатальном периоде, методические основы работы врача-osteопата с беременными женщинами. Был затронут самый широкий спектр вопросов, начиная от остеопатического лечения болевых синдромов у новорожденных и заканчивая остеопатической подготовкой беременных к родам. 13 и 14 июня в рамках конгресса прошли 12 мастер-классов от ведущих российских и зарубежных остеопатов.

По традиции заседание завершилось вручением дипломов слушателям Института остеопатии Санкт-Петербурга. 49 выпускников получили в этот день дипломы о профессиональной переподготовке по специальности «Остеопатия» и сертификаты специалиста. Организация и солидное представительство конгресса, продуманность всех вопросов до мелочей показали ответственность и сплоченность в работе большого коллектива единомышленников. Конгресс прошел в теплой и конструктивной обстановке. Всего за четыре дня в работе конгресса приняли участие более 500 врачей из 30 регионов России, а также представители США, Израиля, Канады, Франции, Австрии, Италии, Финляндии, Латвии, Литвы, Украины, Киргизии, Казахстана.

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ (МАПК) Филиал (ICAK-RUSSIA) INTERNATIONAL COLLEGE OF APPLIED KINESIOLOGY

117418 Москва,
ул. Новочеремушкинская,
дом 44, корпус 3, офис 7,
тел. 8-964-510-60-70



сайт:
www.kinesioprofi.ru
vasiljeva_lf@mail.ru
rakkot11@mail.ru

XXI НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«ПРИКЛАДНАЯ КИНЕЗИОЛОГИЯ ПРИ СПОРТИВНЫХ ТРАВМАХ. ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ»

Москва, 2–3 октября 2015 года

Организаторы конференции:

Министерство спорта Российской Федерации
ФГБУ ФНКЦ Всероссийский научно-исследовательский институт физической культуры и спорта
НОЧУ ДПО Российская академия медико-социальной реабилитации
International College of Applied Kinesiology
Межрегиональная ассоциация прикладной кинезиологии (МАПК)
Международная академия прикладной кинезиологии

Рассматриваемые вопросы:

- Роль и место прикладной кинезиологии в профилактике спортивного травматизма.
- Нестабильность регионов позвоночника и конечностей как результат отдаленных последствий перенесенной травмы.
- Психологический аспект формирования рецидивирующего травматизма в спорте.
- Биохимические нарушения при снижении силы, выносливости и координации у спортсменов и профилактика травматизма.
- Расширение возможностей спортивной реабилитации при использовании методов прикладной кинезиологии.

Заявленные мастер-классы:

Joseph Sheffer (Джозеф Шейфер) дипломат ICAK (Scotland)

Новые подходы в понимании процессов воспаления в генезе органических заболеваний, аномалий развития, онкологических заболеваний. Синтез биохимии, структуры и энергетики.

Prof. Zoya Goranova (Bolgary)

Акупунктура в прикладной кинезиологии. Группа акупунктурных точек Ba'mai jiao' hui' xue. Новые подходы в использовании.

В рамках конференции планируется проведение сателлитных симпозиумов по актуальным вопросам профилактики и реабилитации спортивных травм, мастер-классов ведущих кинезиологов различных стран. Отчетное перевыборное собрание ассоциации МАПК. Заседание президентов региональных филиалов МАПК для координации научных исследований и объективизации методов прикладной кинезиологии в России, странах СНГ и дальнего зарубежья.

Всем участникам будут вручаться сертификаты. Специалисты, планирующие принять участие в работе Конференции, должны оформить заявку с указанием Ф.И.О., места работы, должности, ученой степени и звания, электронной почты, почтового адреса с индексом, телефона с кодом города, факса и формы участия.

Место проведения: ФГБУ ФНКЦ ВНИИФК, Москва, Елизаветинский переулок, д. 10, стр. 1 (Конференц-зал)
м. Курская (выход из метро в сторону ул. Казакова)

Президент ассоциации МАПК: Субботин С.П.

Оргкомитет:

Регистрация участников на сайте www.kinesioprofi.ru

Научный секретарь: Савиных М.А. +7 925-122-28-45, seduksen@yandex.ru

Ответственные исполнители:

По вопросам участия (подробнее): Шлыкова Т.А. +7 964-510-60-70, rakkot11@mail.ru

По вопросам публикации тезисов и статей (подробнее):

Алексин С.Е. +7 968-904-11-96 soul.chel@gmail.com

По вопросам размещения: Чижикова Е.О. +7 926-764-02-51 zhenechka-86@mail.ru

По вопросам предоставления оборудования: Волынкин Н.А. volyankin_kolya@mail.ru

По вопросам культурной программы: Васильева А.М. josephin@yandex.ru

121099, Москва, ул. Новый Арбат, 32

E-mail: asam48@bk.ru



Уважаемые коллеги!

Российская ассоциация мануальной медицины
совместно с Московским профессиональным объединением
мануальных терапевтов и Российским научным центром
медицинской реабилитации и курортологии МЗ России
приглашает Вас принять участие в работе 25-й конференции

«Актуальные вопросы мануальной медицины – 2015»

23–24 октября 2015 года

В программе:

1. Подведение итогов конкурса «Золотой позвонок» на лучшую научную разработку в области мануальной медицины».
2. Научные доклады.

Темы:

Подготовка специалистов по мануальной терапии на современном этапе.
Взаимодействие разных школ в мануальной медицине.
Новые методы исследования в мануальной медицине.
Мануальная терапия в стандартах медицинской помощи в России.
Мануальная терапия в санаторно-курортном лечении.
Вопросы пато- и саногенеза в мануальной медицине.
Остеопатические подходы в мануальной терапии.
Мануальная терапия в клинике внутренних болезней.
Методы прикладной кинезиологии в мануальной терапии.
Комплексный подход в мануальной медицине.

3. Школа-семинар.

Конференция состоится 23–24 октября 2015 года в 10.00
в конференц-зале Российского научного центра
медицинской реабилитации и курортологии МЗ России
Москва, ул. Новый Арбат, д. 32.

Проезд: до станции метро «Арбатская» или «Смоленская».

Тезисы докладов и статьи принимаются до 20 сентября 2015 г.

Материалы конференции будут опубликованы в очередном выпуске Бюллетеня
Московского профессионального объединения мануальных терапевтов.

Ассоциация приглашает принять участие в работе конференции, выставки,
а также предоставляет возможность разместить рекламную информацию
на страницах Бюллетеня.

За дополнительной информацией обращаться по телефонам:
(8-495-726-65-56) или на сайт Ассоциации.

Заявки на участие в конференции и материалы можно выслать по электронному адресу.

E-mail: asam48@bk.ru

Оргкомитет



Информационное письмо

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в Международном конгрессе

«РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ И МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В XXI ВЕКЕ»,

**посвященном 60-летию государственным службам рефлексотерапии
и 35-летию мануальной терапии в России,
который состоится в Москве 20–22 мая 2016 года**

*Организаторы: Российская медицинская Академия последипломного образования
Кафедра рефлексологии и мануальной терапии РМАПО*

Приглашаем к участию в Конгрессе специалистов, чья профессиональная деятельность связана с изучением, диагностикой, лечением и профилактикой методами рефлексотерапии и мануальной терапии, а также предприятия, производящие диагностические, лечебные приборы и оборудование. В рамках Конгресса будет организована выставка производителей медицинского оборудования, применяемого в рефлексотерапии и мануальной терапии.

За прошедшие годы Конгресс стал выдающимся явлением в медицинской и общественной жизни нашей страны, престижным медицинским форумом, вносящим значительный вклад в развитие и популяризацию в России достижений современной медицины, важнейшим элементом непрерывного профессионального образования.

Основные темы, предлагаемые к обсуждению:

1. Организация служб рефлексотерапии и мануальной терапии в России и зарубежных странах.
2. Обучение, сертификация, лицензирование и аккредитация специалистов по рефлексотерапии и мануальной терапии.
3. Инновационные методы в рефлексотерапии и мануальной терапии.
4. Рефлексотерапия и мануальная терапия в клинической практике:
 - 4.1. Рефлексотерапия и мануальная терапия в неврологии и нейрохирургии.
 - 4.2. Рефлексотерапия и мануальная терапия в клинике внутренних болезней.
 - 4.3. Рефлексотерапия и мануальная терапия в травматологии и ортопедии.
 - 4.4. Рефлексотерапия и мануальная терапия в педиатрии.
 - 4.5. Рефлексотерапия и мануальная терапия в других специальностях.
5. Методы профилактики в рефлексотерапии и мануальной терапии.

Организации, общества, профессиональные объединения и лица, желающие принять участие в конгрессе, могут направлять заявки по почтовому или электронному адресу Оргкомитета.

Конгресс будет проводиться в здании учебного корпуса РМАПО по адресу: г. Москва, ул. Беломорская, д. 19, этаж 5.

Проезд: м. «Речной вокзал», далее троллейбус №58, или автобус/маршрутное такси №90 до остановки «Институт усовершенствования врачей».

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

**125284 г. Москва, ул. Поликарпова, д. 12, кафедра рефлексологии и мануальной терапии
ГБОУ ДПО РМАПО**

E-mail: reflexology@yandex.ru

Тел.: 8(495)945-56-18, 8(499)728-81-13, 8(495)945-55-12

Организационный комитет

Правила оформления тезисов к Международному конгрессу «Рефлексотерапия и мануальная терапия в XXI веке»

Общие требования: Текст тезисов должен быть представлен на русском языке без переносов, объемом не более 2-х машинописных страниц: размер бумаги – 210х297, ориентация – книжная; поля – левое, правое, верхнее и нижнее – 2 см. Выравнивание текста – по ширине.

Возможна пересылка электронного варианта по электронной почте в виде вложенного файла с указанием в названии файла фамилии первого автора, города, порядкового номера файла без интервалов и точек (ИВАНОВМОСКВА1). При подготовке тезисов должен быть использован текстовый редактор WORD (версии 6.0 и выше), шрифт типа Times, размер шрифта 12. Текст тезисов следует отпечатать на листе бумаги высокого качества форматом А4 через один интервал.

Материал тезисов должен включать следующие разделы:

- а) Название доклада (прописными буквами).
- б) Фамилии и инициалы всех авторов.
- в) Учреждение, город.
- г) Цель работы, методы, результаты и заключение.

Тезисы будут опубликованы с авторского оригинала без редакционной правки. Не допускается размещение в тексте тезисов таблиц, рисунков и схем. Электронный вариант должен быть абсолютно идентичен.

Образец:

НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТЫ (ШРИФТ ПОЛУЖИРНЫЙ, БУКВЫ ЗАГЛАВНЫЕ)

Авторы – фамилия, инициалы (шрифт Times New Roman 12, курсив).

Учреждение, в котором выполнена работа, город, страна (шрифт Times New Roman 12, курсив).

Текст (шрифт Times New Roman 12, буквы строчные).

Тезисы докладов будут опубликованы в сборнике материалов конгресса, журнале «Рефлексология». Срок представления тезисов в Оргкомитет конгресса – до 31 марта 2016 года.

Заявки на участие в конгрессе, темы устных сообщений и тезисы направлять на имя к.м.н., доцента Мосейкина Ильи Александровича по адресу: reflexology@yandex.ru

В конце тезисов необходимо указать контактные данные основного автора: мобильный телефон и электронную почту.

После рассмотрения заявки на устное или стендовое сообщение, при положительном решении Оргкомитета, первый автор будет уведомлен о включении доклада в программу конгресса по адресу, указанному в сопроводительном письме.

Стоимость публикации: 1 стр. тезисов – 500 руб.

*Ждём вас, чтобы отметить праздник вместе, так же, как в 2006 году мы праздновали
50-летие рефлексотерапии и 25-летие мануальной терапии в России на Международном конгрессе
«Рефлексотерапия и мануальная терапия в XX веке», в котором приняли участие
представители всех субъектов РФ и 44 делегации из зарубежных стран.*

Проживание:

Общежитие РМАПО: 125445 г. Москва, ул. Смольная, д. 40. Телефон: 84954514424. Проезд: метро «Речной вокзал», далее троллейбус №58, или автобус/маршрутное такси №90 до остановки «Институт усовершенствования врачей». Стоимость проживания (койко-место) – 750 руб.

Общежитие РМАПО: 125195 г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 106. Телефон: 84994575261. Проезд: метро «Речной вокзал», далее троллейбус №58. Стоимость проживания (койко-место) – 750 руб.

Гостиница «Союз»: 125445 г. Москва, ул. Левобережная, д. 12. Телефон отдела бронирования: 84959562999; 84954572088. Стоимость проживания в номере эконо-класса – 2000 руб., в номере комфорт-класса – 2880 руб. Проезд: метро «Речной вокзал», далее автобус №138, № 139 до остановки «Гостиница Союз».

Культурная программа:

По желанию участников возможны: организация обзорной экскурсии по Москве, посещение исторических достопримечательностей: Кремль, музей-заповедник «Коломенское», Новодевичий монастырь, усадьбы Кусково, Шереметьево, подъём на Останкинскую башню.

Организационный комитет

ОБУЧЕНИЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

«МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ» И «РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ» В 2016 ГОДУ

1. РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА

Лечебный факультет

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ПЛАН ОБУЧЕНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ» НА 2016 ГОД

№	Наименование цикла и контингента слушателей	Вид обучения (ПК, ПП и форма обучения)	Период проведения цикла	Продолжительность обучения (ч.)
1	МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ (профессиональная переподготовка, с выдачей сертификата)	ПП, очная	11.01.2016–29.04.2016	576
2	МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ (сертификационный цикл)	ПК, очная	11.05.2016–03.06.2016	144
3	МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ (сертификационный цикл)	ПК, очная	06.06.2016–01.07.2016	144
4	МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ (профессиональная переподготовка, с выдачей сертификата)	ПП, очная	01.09.2016–16.12.2016	576

Адрес: г. Москва, проспект Вернадского, д. 121, Центр мануальной терапии

Контактный телефон: (495)433-81-27

E-mail: chudaykina.57@mail.ru

Контактное лицо – Чудайкина Надежда Степановна

2. ГБОУ ВПО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Институт профессионального образования

Кафедра нелекарственных методов лечения и клинической физиологии

УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ПЛАН ОБУЧЕНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ» НА 2016 ГОД

№	Наименование цикла и контингент слушателей	Вид обучения (ПК, ПП и форма обучения)	Период проведения цикла	Продолжительность обучения (ч.)
1	Актуальные вопросы рефлексотерапии (Суджок, микропунктурные системы)	ПК очная	15.01.16–11.02.16	144
2	РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ (сертификационный цикл)	ПК очная	15.03.16–29.04.16	216
3	РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ (профессиональная переподготовка, с выдачей сертификата)	ПП очная	02.09.2016–24.12.2016	576

Адрес: обучение на курсе «Рефлексотерапия» проводится на базе клинической больницы №12 г. Москвы, Волоколамское ш., 47, корпус 5, аудитория 51-52. (Проезд: м. Сокол, далее трол. 12 или 70 до ост. «Покровское-Глебово»)

Контактный телефон: 8-903-275-45-61

E-mail: Olaw@bk.ru

Контактное лицо – к.м.н. Хрипунова Ольга Владимировна

**3. ГБОУ ДПО РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Факультет терапевтический

Кафедра рефлексологии и мануальной терапии

**УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ПЛАН ОБУЧЕНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ» И «РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ» НА 2016 ГОД**

<i>№</i>	<i>Наименование цикла и контингента слушателей</i>	<i>Вид обучения (ПК, ПП и форма обучения)</i>	<i>Период проведения цикла</i>	<i>Продолжительность обучения (мес.)</i>
1	РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ	ПП, очная	11.01–04.05	4,00
2	МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ	ПК, очная	25.01–20.02	1,00
3	РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ	ПК, очная	24.02–23.03	1,00
4	РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ	ПК, очная	28.03–23.04	1,00
5	РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ	ПК, очная	11.05–07.06	1,00
6	МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ	ПК, очная	08.06–06.07	1,00
7	МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ	ПП, очная	06.09–27.12	4,00
8	РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ	ПК, очная	03.10–29.10	1,00
9	МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ	ПК, очная	07.11–03.12	1,00

Адрес: **125284, Москва, ул. Поликарпова, 12, 3-й этаж, кафедра рефлексологии и мануальной терапии РМАПО**

Контактные телефоны: **8(495) 945-56-18, 8(499) 728-81-13, 8(495) 945-55-12**

E-mail: *reflexology@yandex.ru*

Контактное лицо: **зав. уч. частью, доцент Тянь Виктория Николаевна**

4. МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.И. ЕВДОКИМОВА

Факультет дополнительного профессионального образования
Кафедра нервных болезней лечебного факультета

ОБУЧЕНИЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ:
«РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ» И «МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»
С ПОЛУЧЕНИЕМ ДИПЛОМА И СЕРТИФИКАТА ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗЦА
в 2015–2016 гг.

№	Наименование цикла и контингента слушателей	Вид обучения (ПК, ПП и форма обучения)	Период проведения цикла	Продолжительность обучения (ч.)
1	МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ (профессиональная переподготовка, с выдачей сертификата)	ПП, очная	09.09–30.12.2015 г.	576
2	МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ	ПП, очная	18.01–13.05.2016 г.	576
3	МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ	ПП, очная	09.09–30.12.2016 г.	576
4	РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ (профессиональная переподготовка, с выдачей сертификата)	ПП, очная	09.09–30.12.2015 г.	576
5	РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ	ПП, очная	18.01–13.05.2016 г.	576
6	РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ	ПП, очная	09.09–30.12.2016 г.	576
7	МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ (сертификационный цикл)	ОУ, сертификационный	01.12–28.12.2015 г.	144
8	МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ	ОУ, сертификационный	04.04–30.04.2016 г.	144
9	МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ	ОУ, сертификационный	01.12–28.12.2016 г.	144
10	РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ (сертификационный цикл)	ОУ, сертификационный	05.10–31.10.2015 г.	144
11	РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ	ОУ, сертификационный	29.02–28.03.2016 г.	144
12	РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ	ОУ, сертификационный	03.10–29.10.2016 г.	144

Адрес: Москва, ул. Куусинена, д. 6 Б, Городская поликлиника №62, филиал 3.
Телефон: 8(926)9844270. E-mail: reflex_mgmsu@mail.ru



ГОЙДЕНКО

Василий Сергеевич

К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ

1 ноября 2015 года исполняется 80 лет со дня рождения выдающегося российского невролога, рефлексотерапевта, мануального терапевта, доктора медицинских наук, профессора, академика РАЕН, заведующего кафедрой рефлексологии и мануальной терапии Российской медицинской академии последипломного образования Василия Сергеевича Гойденко.

Василий Сергеевич родился в 1935 году в с. Замиськое Валковского района Харьковской области. Он вырос в дружной крестьянской семье, родители с детства привили ему трудолюбие, любознательность и ответственность при решении любых житейских задач. После окончания школы с 1955 по 1961 годы Василий Сергеевич обучался в Харьковском медицинском институте. В 1962–1963 годах работал неврологом в Верхнянском медобъединении Луганской области. В 1963 году прошел специализацию по невропатологии в Харьковском институте усовершенствования врачей, а затем обучался в аспирантуре на кафедре нервных болезней Украинского института усовершенствования врачей, которой заведовал замечательный клиницист и талантливый педагог профессор Ф.Ф. Харченко. Он не только развивал клиническое неврологическое мышление, но и поощрял интерес своего ученика к новым методам лечения. В 1968 году В.С. Гойденко успешно защитил кандидатскую

диссертацию на тему «Дифференциальная диагностика опухолей и инфекционных заболеваний головного мозга» и был приглашен на работу заведующим неврологическим отделением больницы № 2 Четвертого Главного Управления при Министерстве здравоохранения РФ в Москву. В 1972 году Василий Сергеевич перешел на работу в Центральный институт усовершенствования врачей, где расширялся штат доцентского курса иглотерапии (зав. курсом, доцент М.К. Усова) при кафедре невропатологии, которой руководил профессор Л.С. Петелин, а затем профессор В.Н. Шток, профессор О.С. Левин. На этой кафедре он работал доцентом до 1978 года, активно совмещая интенсивную лечебную работу с преподаванием на курсе «Иглотерапия», который в 1974 году был преобразован в курс «Рефлексотерапия», а в 1978 году – в кафедру рефлексотерапии под руководством В.С. Гойденко. Кафедра юридически стала самостоятельной, но фактически все эти годы творчески и дружески неразрывно связана с кафедрой неврологии, включая единую базу – неврологические отделения ГКБ им. С.П. Боткина, где вся работа осуществляется единым коллективом. В 1982 году В.С. Гойденко успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Рефлексотерапия корешковых синдромов поясничного остеохондроза». За прошедшие годы на кафедре были проведены углубленные анатомо-морфологические, химические, нейрофизиологические, биохимические и многие другие исследования. Открыты новые высокоэффективные методы: микроиглорефлексотерапия (воздействие на БАТ до 21 дня специальными устройствами), электрорефлексотерапия, магниторефлексотерапия и многие другие методы, позволившие клиницистам расширить выбор способов диагностики, лечения и профилактики во многих специальностях медицины. Профессор В.С. Гойденко создал новое фундаментальное доказательное научное направление в клинической медицине по изучению теоретических основ и практического применения методов диагностики, лечения и профилактики рефлексологии и мануальной терапии, доказал ведущую роль центральной нервной системы в реализации лечебного и профилактического действия методов рефлексотерапии и мануальной терапии в экспериментах на животных, а затем на людях.

Под руководством профессора В.С. Гойденко проводится большая методическая работа: создаются типовые программы послевузовского дополнительного профессионального образования для кафедр и курсов ФУВ страны по специальностям «Рефлексотерапия» и «Мануальная терапия», квалификационные тесты по этим специальностям, издаются современные руководства по рефлексотерапии, учебные пособия, готовятся проекты приказов для МЗ РФ, способствующие широкому внедрению рефлексотерапии в Российской Федерации, выпускается журнал фундаментальной и практической медицины

«Рефлексология». Им и его учениками разработаны методики комплексного лечения при патологии периферической нервной системы (родовых плекситов, рефлекторных и корешковых синдромов, туннельных синдромов, безоперационного лечения больных с грыжами межпозвонковых дисков. Успешно проведены исследовательские работы по изучению возможностей применения рефлексотерапии и биодинамической коррекции в лечении и профилактике вегетативной дистонии, дисциркуляторной энцефалопатии, cerebro-васкулярных расстройств в вертебробазилярном бассейне, постинсультных нарушений и т.д. Ряд научных работ посвящены вопросам применения рефлексотерапии при заболеваниях внутренних органов, в педиатрии, акушерстве и гинекологии. Были налажены плодотворные зарубежные контакты, позволившие перенять передовой опыт ведущих клиник Японии, Германии, Италии, Франции, Канады, Чехословакии и других стран. Результатом напряженной многолетней учебной, лечебной, организационной и методической работы стало создание государственной сети кабинетов рефлексотерапии и мануальной терапии, доступных для всех граждан СССР и России. Положительные результаты, полученные в ходе фундаментальных научных исследований и практического применения рефлексотерапии и мануальной терапии, были одобрены Минздравом РФ, после чего министр здравоохранения, академик РАМН Т.Б. Дмитриева подписала приказы № 364 и № 365 о введении специальностей «Рефлексотерапия» и «Мануальная терапия» в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей.

Василия Сергеевича отличают доброта и отзывчивость, трудолюбие и стремление к созидательной деятельности, умение найти контакт с любым человеком и прекрасное чувство юмора. Он имеет высокий научный авторитет среди коллег и пользуется заслуженным уважением огромного количества больных, которым помог своими знаниями и мастерством. Многие годы он и руководимый им коллектив осуществляет большую лечебную работу (в ГКБ им. С.П. Боткина пролечено 280 000 больных) и педагогическую деятельность (обучено около 14 000 врачей, ординаторов и преподавателей России и зарубежных стран – Австрии, Болгарии, Греции, Канады, где впоследствии тоже были открыты курсы и институты, общества и ассоциации). В 2006 году им и коллективом кафедры был организован международный конгресс «Рефлексотерапия и мануальная терапия в XXI веке» с участием делегаций из 44 стран мира, который прошел с большим успехом.

Профессор В.С. Гойденко является автором более 30 уникальных лечебных методик, автором 511 научных работ, 48 изобретений, патентов, 15 монографий. Особая гордость – это более 30 уникальных лечебных и диагностических методик и устройств, применяемых при патологиях нервной системы

и позвоночника. За прошедшие годы им подготовлено более 50 кандидатов и докторов наук. Профессору В.С. Гойденко присвоено почетное звание «Рыцарь науки и искусств», знак «Отличник здравоохранения», он награжден медалью «За доблестный труд», медалью «Ветеран труда». На протяжении многих лет он является председателем Московского научно-практического общества рефлексотерапевтов и мануальных терапевтов, организованного в 1956 году академиком Н.И. Гращенковым и доцентом М.К. Усовой, членом Ученого совета по защите диссертаций РМАПО, почетным членом медицинских обществ Канады, Греции, Чехословакии, консультантом лечебных учреждений Управления делами Президента РФ, академиком Международной академии авторов научных открытий и изобретений, а также является членом редакционных советов журналов «Рефлексотерапия и комплементарная медицина» и «Мануальная терапия». В 2012 году профессор В.С. Гойденко избран членом Научного Совета Всемирной ассоциации рефлексотерапии на XV Всемирном Конгрессе ICMART.

**Коллектив кафедры рефлексологии и мануальной терапии
и alma mater – коллектив кафедры неврологии
Российской медицинской академии последипломного образования –
поздравляют Василия Сергеевича со славным юбилеем
и желают доброго здоровья, благополучия и дальнейших
творческих успехов в его благородной деятельности!**