

Министерство здравоохранения
и социального развития Российской Федерации

Российская медицинская академия последипломного образования

Материалы международного конгресса
**«РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ
И МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
В XXI ВЕКЕ»**

19–21 мая 2006 года

МОСКВА
2006

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Российская медицинская Академия последипломного образования
Кафедра рефлексологии и мануальной терапии РМАПО
Российская Академия естественных наук
Международная ассоциация мануальной терапии (FIMM)
Центр мануальной терапии Минздравсоцразвития Российской Федерации
Российский Государственный медицинский Университет
Лига профессиональных мануальных терапевтов России
Российский центр восстановительной медицины и курортологии
Федеральное государственное учреждение ФНКЭЦ ТМ ДЛ Росздрава
Лечебно-оздоровительный центр "Долголетие"
Российская ассоциация рефлексотерапевтов
Российская ассоциация мануальной медицины



ПРОГРАММА

**МЕЖДУНАРОДНОГО ЮБИЛЕЙНОГО КОНГРЕССА
"РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ И МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
В XXI ВЕКЕ"**

Москва
19-21 мая 2006 года

леваний, обусловленных грыжами межпозвоночных дисков (МПД) поясничного отдела позвоночника. Это связано с распространенностью, неуклонным ростом заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности. В настоящее время консервативное лечение является достаточно эффективным, однако часть больных нуждается в оперативном лечении.

Целью исследования являлась оценка эффективности лечения болевых синдромов и неврологических расстройств с применением методов рефлексотерапии (РТ) у больных с грыжами МПД пояснично-крестцовой локализации в пре- и послеоперационных периодах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Проведено обследование и лечение 116 больных (68 мужчин и 48 женщин) в возрасте от 28 до 63 лет (средний возраст составил $44,90 \pm 8,38$ лет). Средняя длительность заболевания составила $6,61 \pm 3,37$ года.

Для динамического наблюдения за больными использовали методы клинико-неврологического, мануального обследования (Гойденко В.С. с соавт., 1987., Синель А.Б., 1993, Иваничев Г.А., 1997., Lewit K. et al., 1993), реовазографию нижних конечностей. Оценка болевого синдрома проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), комплексного болевого опросника (КБО-WHYMPI). Количество триггерных точек и их оценку проводили по шкале Йенсена. Для нахождения и измерения порогов болевой чувствительности аурикулярных точек использовали аурикулоалгезиметр (патент на полезную модель № 33710).

Выраженность тревожной и депрессивной симптоматики определяли по шкале А Бека (Beck Depression Inventory, 1979).

В зависимости от метода лечения пациенты распределились следующим образом: основная группа – больные, получавшие комплексное послеоперационное лечение и раннее послеоперационное лечение с использованием различных методов РТ – 73 (62,93%) и контрольная – пациенты, получавшие традиционную консервативную терапию до и после операции – 43 (37,07%).

Лечебный эффект оценивали по регрессу неврологической симптоматики по критериям эффективности. Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере с помощью программы «Statistica 4.0». Рассчитывали стандартные статистические оценки (средние, стандартное отклонение по выборке). Для оценки разности средних применяли критерий Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из 116 больных монорадикулярный корешковый синдром установлен у 61 (52,6%) пациента, бирадикулярный – у 40 (34,5%), полирадикулярный – у 15 (12,9%).

В комплексном лечении больных основной группы применялись различные методы и способы РТ воздействия, классическое корпоральное и аурикулярное иглоукалывание, поверхностное воздействие игольчатым валиком, молоточком, различные виды специальных массажей (вакуумный, точечный, сегментарный), прогревания, электронпунктура, микроиглотерапия (по методу Гойденко В.С.).

В процессе комплексного лечения регресс корешковых болей в основной группе составил 89%, в контрольной – 75%.

Анализируя средние значения интенсивности ночной боли по ВАШ выявили, что в основной группе к 5 дню болевой синдром достоверно снизился ($p < 0,001$) на 12,8%, к 8 дню на 44,7%, а к окончанию послеоперационного лечения на 80,4%, что значительно опережает контрольную группу. В контрольной группе показатели снизились

соответственно на 4,9%, 32,6%, 65,1%. Уровень боли в покое снизился в основной группе к 5 дню на 17,8%, к 8 дню на 41,4%, а к 18 дню на 74,8%, значительно лучше, чем в контрольной группе, где к 5 дню уровень боли в покое снизился на 5,5%, к 8 дню на 18,8%, а к окончанию лечения на 56,1%.

Анализируя средние значения количества триггерных точек и их болевую активность, выявили достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей, причем по болевой активности в основной группе к окончанию лечения до $1,45 \pm 0,24$ (37,5%) балла, в контрольной до $2,14 \pm 0,3$ (58,6%) балла, что примерно в 2 раза выше, чем в основной группе.

Таким образом, использование различных методов и способов РТ в комплексном применении, соблюдая преемственность между двумя этапами лечебного процесса, дает более длительный и стойкий эффект, повышая качество жизни пациента.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ, ДЕТЕНЗОР – ТЕРАПИИ, РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДОРСАЛГИЯМИ

Гайдук А.Н., Квилян К.Л., Балакирева О.В.
ФГУ Поликлиника № 3 МЦ УД Президента РФ
Институт Детензорологии (Германия)
Медицинский центр «Детензор-мед» Москва

ВВЕДЕНИЕ

Дорсалгия – болевой синдром в спине, обусловленный неспецифическими изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата с возможным вовлечением смежных структур периферической нервной системы. Хронические мышечно-скелетные дорсалгии встречаются у 2/3 пациентов с болью в спине и нередко являются причиной временной утраты трудоспособности.

Цель исследования состояла в изучении эффективности лечения больных с хроническими дорсалгиями и люмбаго-ишалгиями методами мануальной терапии (МТ), детензор-терапии (ДТ), рефлексотерапии (РТ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

В исследование было включено 34 пациента 32 – 58 лет, из них 16 женщин и 18 мужчин. Давность заболевания составляла от 3 до 14 лет, в среднем $6,2 \pm 2,8$ лет. Всем пациентам проводилось клиническое неврологическое и мануальное (до и после лечения), рентгенологическое, КТ, МРТ, клинико-лабораторное обследования. Выраженность болевого синдрома оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), выраженность тревожной и депрессивной симптоматики определяли по шкале А.Бека (Beck Depression Inventory, 1979).

У всех исследуемых больных была минимизирована медикаментозная терапия в связи с отсутствующей гастродуоденальной патологией, отягощенным аллергологическим анамнезом. Пациенты получали медикаментозное лечение – витаминотерапию.

В зависимости от метода лечения пациенты распределились следующим образом: основная группа – больные, получавшие сочетанное лечение МТ, РТ и ДТ (ежедневно детензор-терапия), – 14 (41,18%), контрольная А – пациенты, получавшие МТ, РТ, ДТ детензор-терапия через день – 12 (35,29%), контрольная В – пациенты, получавшие только МТ, РТ – 8 (23,53%). Все три группы были сопоставимы по полу, возрасту, неврологическому статусу и выраженности болевого синдрома.

Лечение проводилось курсами по 10-12 сеансов и включало мануальную терапию (мобилизационные и манипуляционные техники, микроиглотерапию (по методу Гойденко В.С.), ДТ.

Detensor – терапия обеспечивает длительное, щадящее вытяжение позвоночного столба в состоянии релаксации в оптимальных направлениях при условии правильного функционального положения позвоночника, сохранении его физиологических изгибов. Это обеспечивается эластичной конструкцией, имеющей наклонные ребра, положение которых меняется под действием веса пациента (Кинялян К.Л., 1980).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: все пациенты групп сравнений хорошо переносили лечение. Ведущее значение у данной категории больных занимал болевой синдром, который был различного характера и интенсивности. Средние значения интенсивности боли по ВАШ, мало отличались во всех лечебных группах (в градациях сильная и умеренная боль) и составляли в основной группе $43,2 \pm 5,6$ мм, контрольной А – $42,5 \pm 2,8$ мм, контрольной В – $40,8 \pm 1,2$ мм. Используемые методы лечения способствовали изменению интенсивности и характера болевого синдрома (до градации слабовыраженная боль), а в основной группе от градации слабовыраженной боли до полного его исчезновения. Так, после лечения, интенсивность болевого синдрома уменьшилась в основной группе до $3,3 \pm 2,4$ мм, в контр. гр. А – $8,0 \pm 1,8$ мм, в контр. гр. В – $15,3 \pm 4,7$ мм. ($p < 0,001$). Больные по шкале А.Бека страдали мягкой умеренной и легкой степенью депрессивных расстройств, после курса лечения в основной группе уменьшилась степень депрессивных расстройств на 16,3%, в контрольной А на 9,3% и в контрольной В на 7,8% соответственно ($p < 0,05$).

Оценивая результаты лечения, необходимо отметить, что все применяемые методы способствовали уменьшению болевого синдрома (полностью или частично), но в основной группе, где больные получали ежедневно детензор-терапию 45-50 мин., мануальную терапию, рефлексотерапию в комплексе, уменьшение болевого синдрома наступало быстрее (уже на 3й - 4й день), в то время как в двух других группах положительная динамика отмечалась позднее (на 7 - 8й день лечения). Изложенные выше результаты лечения позволяют рекомендовать комбинированное применение МТ, РТ, ДТ (ежедневно) в качестве эффективных методов для лечения дорсалгий на пояснично-крестцовом уровне.

ДИСКОГЕННАЯ РАДИКУЛОПАТИЯ: МАНУАЛЬНО-«ДЕТЕНЗОР»-ТЕРАПИЯ, АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РЕАДАПТАЦИЯ

К.А.Галоян

НИИ Курортологии и физической медицины МЗ РА, Ереван, Армения

Согласно данным клинко-эпидемиологических исследований треть (28,4%) населения развитых стран в возрасте 20-69 лет страдает периодическими болями в спине. Хроническая дорсалгия, являющаяся у больных дискогенной поясничной радикулопатией (ДПР) фактором дистресса, особенно у пациентов с длительным вертебро-неврологическим анамнезом, рассматривается как триггерный фактор психоэмоциональных расстройств. Наиболее общепризнанной является взаимосвязь боли с депрессией, которая рассматривается в качестве одного из ведущих факторов, способствующих хронизации дорсалгии. Целью исследования явилось изучение корригирующего действия мануальной терапии в сочетании с релаксирующей разгрузкой

озночника системой «ДЕТЕНЗОР» на аффективные расстройства и реадaptацию больных ДПР.

Материал и методы

Клиническая характеристика больных. Обследовано 108 больных с ДПР, средний возраст которых составлял 42 года. Среди пациентов преобладали мужчины (67,5%). По давности заболевания - наибольшее число составили случаи с длительностью от 2 до лет (78,8%). У 79 больных (73,1%) заболевание носило рецидивирующий характер (частота обострений - 1-2 раза в год). По данным рентгенографии и МРТ у больных с клиническими проявлениями ДПР дегенеративно-дистрофические изменения межпозвоночных дисков выявлены преимущественно на уровне L5-S1 (85,9%). Протрузия (2-4мм) без существенного объемного воздействия на прилегающие структуры выявлена у 22 пациентов. В 48 наблюдениях у больных выявлена односторонняя дискогенная радикулопатия S1, в 24-L5, в 14-L4, в 7-L3, в 6-L2 и в 5 случаях наблюдался полирадикулярный синдром. Пациенты были распределены по группам методом случайной выборки:

I-ая (контрольная) группа - 60 больных ДПР (мужчин - 41, женщин - 19) с выраженным и умеренно выраженным болевым синдромом, комплексная реабилитационная программа которых включала в качестве основного лечебного фактора мануальную терапию;

II-ая (основная) группа - 48 больных ДПР (мужчин - 33, женщин - 15), репрезентативных по полу, возрасту, выраженности болевого синдрома, вертебро-неврологическим расстройствам, комплексная реабилитационная программа которых включала в качестве основного лечебного фактора сочетанную мануально-«ДЕТЕНЗОР»-терапию.

Методы исследования. Клинико-неврологическое обследование пациентов, как и объективизация эффективности использованной комплексной реабилитации, проводились с применением следующих стандартизованных функциональных шкал: общей суммарной оценки неврологического дефицита, оценки выраженности симптомов натяжения, Back Pain Functional Scale (BPFS), Low Back Pain and Disability Questionnaire Software, Визуально-аналоговой шкалы боли, Мак-Пилловского болевого опросника, анкеты Ван Корффа для оценки интенсивности боли и степени дезадаптации. Уровень тревоги определяли Spielberger Anxiety Questionnaire, депрессию – по Beck Depression Inventory. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы SPSS. Степень достоверности изменений оценивали используя t-критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Как показали результаты исследований, среди обследуемого контингента больных, повышенный уровень личностной тревоги (ЛТ) отмечается в 54,7% случаев, при этом, процентное распределение данного показателя было примерно равным в обследуемых группах. При анализе результатов психотестирования степень повышенного уровня реактивной тревоги (РТ) в значительной мере зависит от интенсивности болевого синдрома и в меньшей мере от продолжительности вертебро-неврологического анамнеза больных. Представленные данные иллюстрируют результаты изучения у больных ДПР интенсивности боли и РТ. Установлено, уровень РТ и почти параллельно нарастает с ростом интенсивности у больных болевого синдрома.

Установлено, что по степени выраженности депрессии обследованные пациенты обеих групп распределились следующим образом: отсутствие клинически значимой депрессии - 19,4% (< 9 баллов) случаев, мягкая депрессия - 23,2% (10-15 баллов), депрессия средней степени - 57,4% (>15 баллов) по шкале Бека. Обращает на себя вни-