

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 ФНКЦ 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

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

Detensor – терапия обеспечивает длительное, шадящее 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 (Кингдэйл 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

НИИХ Курортологии и физической медицины МЗ РА, Ереван, Армения

Согласно данным клинико-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

позвоночника 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 5 лет (78,8%). У 79 больных (73,1%) заболевание носило рецидивирующий характер (чаота 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 наблюдалась 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 в объективизации эффективности использованной комплексной реабилитации, проводилось с применением следующих стандартизированных 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-

мане то обстоятельство, что, в отличие от РТ, выявленная у обследованных больных депрессия в меньшей степени коррелирует не с болевым синдромом, а со степенью выраженности их социальной дезадаптации (ограничение трудовой активности и социальная дезинтеграция). Подобная взаимосвязь была выявлена при сопоставлении данных параллельного измерения у больных степени дезадаптации по анкете Ван Корффа и определении депрессии по шкале Бека. Так, установлено, что у пациентов при уровне дезадаптации равном  $19,2 \pm 2,3$  баллов уровень депрессии составляет  $8,6 \pm 1,1$  балла (отсутствие клинически значимой депрессии), при дезадаптации равной  $37,6 \pm 3,2$  балла уровень депрессии равен  $12,7 \pm 1,9$  баллов (мягкая депрессия), а при уровне дезадаптации достигающей  $43,5 \pm 4,1$  балла выявляется депрессия средней степени -  $19,2 \pm 1,8$  баллов.

Как свидетельствуют полученные данные, у больных обеих групп, после восстановительной терапии, параллельно с уменьшением интенсивности болевого синдрома и степени дезадаптации, отмечается существенное понижение повышенного уровня РТ. Существенно, что подобная закономерность в большей степени проявляется у пациентов основной группы, где было использовано сочетание мануальной терапии с релаксирующей разгрузкой позвоночника, чем в контрольной группе.

Иная картина обнаружена при изучении динамики депрессии средней степени, выявленной у пациентов после завершения курса восстановительной терапии. Как показали результаты проведенного анализа, как в контрольной, так и в основной группах пациентов, при сопоставлении как процентного распределения частоты выявления депрессии так и балльной оценке ее клинических проявлений, до и после проведения комплекса реабилитационных мероприятий не наблюдается. Так, установлено, что депрессия средней степени, выявленная в 56,6% случаев (34 наблюдения) в контрольной группе больных, составляя до лечения  $18,9 \pm 1,4$  баллов, не подвергается существенному регрессу, оставаясь после проведенного восстановительного лечения  $17,6 \pm 1,7$  баллов ( $p > 0,05$ ). Примерно аналогичная картина отмечена у 28 больных основной группы (58,3% случаев) -  $20,2 \pm 1,9$  баллов до и  $19,6 \pm 2,3$  балла после лечения,  $p > 0,05$ .

Таким образом, установлено, что регресс вертебро-неврологической симптоматики, уменьшение интенсивности болевого синдрома и степени психологической и социально-трудовой дезадаптации пациентов сопровождается к исходу восстановительной терапии, особенно у группы больных, получивших мануально-«ДЕТЕНЗОР»-терапию, значительным снижением повышенного уровня реактивной тревоги без регресса со стороны клинических проявлений депрессии.

## ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

Геворкян А.Г.

ВМУУЗ поликлиника №1, Владикавказ, Россия.

Изучена эффективность комплексных гомеопатических препаратов в терапии больных с гипертрофической формой хронического аутоиммунного тиреоидита при парентеральном применении и введении при помощи фармакопунктуры. Через 1-1,5 месяцев от начала терапии отмечено уменьшение дискомфорта в области шеи, снижение напряжения и болезненности ткани шитовидной железы, уменьшение объема железы на 15-20% от исходного, нормализация уровня гормонов в крови при обоих методах введения. Побочных эффектов не отмечено.