

3. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. - СПб.: Питер, 2000. – 512 с.

4. Попова Т.А. Психосоматические расстройства в детском возрасте. Частоболеющие дети. Что делать? // [www.porova-t-spb.narod.ru](http://www.porova-t-spb.narod.ru) дата доступа 31.08.2013

5. Фролов П.А. Эмоциональные проблемы врачей в работе с психосоматическими больными. // [www.cprrussia.ru](http://www.cprrussia.ru) дата доступа 31.08.2013

6. Копытин, А.И. Основы арт-терапии. / А.И. Копытин. – СПб.: Питер, 1999. – 578 с.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ТРАКЦИОННОЙ СИСТЕМЫ «ДЕТЕНЗОР» ПРИ МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА**

*Ситник Г.Д., Войтов В.В., Кашицкий Э.С., Дроздов А.И.,  
Табунов С. Н., Кузнецов Я.О., Лукошко И.Е., Довыдовская О.В.*

РНПЦ неврологии и нейрохирургии, Минск

Институт физиологии НАН Беларуси, Минск

Санаторий «Магистральный»

Санаторий «Лесное» КГБ РБ

Лечебно-диагностический центр ВМУ КГБ

Психоневрологический диспансер

Терапевтическая система «Детензор» (Kienlein K., 1990) используется в качестве средства разгрузки и длительного вытяжения позвоночника в лежачем положении при мышечно-тонических синдромах в поясничной области. Релаксация мышц и разгрузка позвоночника достигаются в результате тракционного действия специальных наклонных пластин. Их сила растяжения переносится через поверхность тела на кожу, мышцы, соединительную ткань на позвоночник. От уровня ДХ II - LI одна часть ребер пластин «Детензора» из вертикального положения наклонена в направлении нижних конечностей, другая часть в направлении головы.

Сила тяжести тела пациента действует на матрас перпендикулярно. За счет стоящих под наклоном ребер, которые при нагрузке действуют в качестве рычага, достигается действие сил по горизонтали, составляющая до 18% тяжести тела. Указанная конструкция предупреждает перенапряжение мышц и связок, перерастяжение сосудов, улучшает трофику тканей, способствует рефлекторному расслаблению паравертебральных мышц спины, создает предпосылки для самопроизвольного разрешения функциональных блокад позвоночных двигательных сегментов, снимает боли в спине.

Пациент должен садиться на «Детензор», опираясь на обе руки, и ложиться медленно без изменения позиции ног и бедер. Для исключения повреждения межпозвоночных дисков после процедуры вставать с кушетки следует осторожно и плавно. Рекомендуются сначала поворачиваться в боковые положения, потом медленно подниматься, опустив плечи вперед, после чего медленно встать с мата. Продолжительность каждого сеанса тракции составляла 40-50 минут при курсовом воздействии от 8 до 20 процедур с частотой 3-5 раз в неделю.

Пролечено 96 пациентов с мышечно-тоническими синдромами поясничного остеохондроза в санаториях «Магистральный» и «Лесное» с 2011 по 2013 годы в возрасте от 24 до 62 лет. Мужчин 63, женщин 33. Давность заболевания от 4 до 16 лет. Диагноз у большинства больных подтвержден при компьютерной, магнитно-резонансной томографии или спондилографии. Преимущественно это были лица после недостаточно эффективного стационарного или поликлинического этапа лечения с затянувшимся стойким умеренно выраженным болевым синдромом.

По окончании курса тракционной терапии отмечены уменьшение интенсивности болевого синдрома, кифосколиоза, уплощения поясничного лордоза, наступление мышечной релаксации. У большинства пациентов увеличивался объем активных движений в пояснично-крестцовом отделе, улучшалась походка.

Таким образом, разработанная и предложенная методика горизонтального вытяжения позвоночника с помощью терапевтической системы «Детензор» является физиологичной,

малонагрузочной и обладающей высокой эффективностью на санаторном этапе оказания медицинской помощи пациентам с мышечно-тоническими синдромами поясничного остеохондроза.

#### *Литература*

1. Техника и методики физиотерапевтических процедур; под редакцией академика РАМН профессора В.М. Боголюбова М. 2002 г. – 158 с.
2. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Рига.: Зинатне, 1991. - 340 с.
3. Гиниятулин Н.И. Новые методы и новые технологии оздоровления позвоночника и коррекции осанки. – // Курортные ведомости № 1 (46), 2008 г. - М. - С. 72.
4. Елифанов В.А., Елифанов А.В. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика). М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 272 с.
5. Хабилов Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. – Казань, 2001. – 215 с.

### **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ МЕТОДОМ АППАРАТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ**

*Ситник Г.Д., Войтов В.В., Кашицкий Э.С., Кузнецов Я.О.,  
Соколов А.Ю.*

РНПЦ неврологии и нейрохирургии

Институт физиологии НАН Беларуси

Лечебно-диагностический центр ВМУ КГБ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного  
образования», Гродно

В современном мире в связи с изменившимися условиями жизни (низкая двигательная нагрузка, высокие нервно-психические напряжения), остеохондроз позвоночника занимает первое место в структуре неврологической заболеваемости, составляя свыше 40% от всех заболеваний нервной системы, поражая людей в социально активном возрасте. Проявления остеохондроза – дегенеративно-дистрофического поражения тканей позвоночника – разнообразны и зависят от стадии