

Литература

1. Task Force of European society of cardiology and the North American society of pacing and electrophysiology. Heart rate variability: standarts of measurements, physiological interpretation and clinical use // *Circulation*. – 1996. – Vol.93. – P.1043-1065.
2. Вариабельность ритма сердца: применение в кардиологии: монография / В. А. Снежицкий [и др.] ; под общ.ред. В.А. Снежицкого.- Гродно :УО «ГрГМУ», 2010. – 211 с.
3. Heart ratevariability and myocardial infarction: systematic literature review and metanalysis / E. Buccelletti [et al.] // *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* – 2009. - Vol.13, № 4. - P.299-307.
4. Heart rate variability in patientswith major depression / E. Nahshoni [et al.] // *Psychosomatics*. – 2004. - Vol.59, № 2. - P.129-134.
5. Severe depression is associated with markedly reduced heart rate variability inpatients with stable coronary heart disease / P.K. Stein [et al.] // *J.Psychosom.Res.* – 2000. - Vol.48, № 4-5. - P.129-134.
6. Miu, A.C. Reduced heart rate variability and vagal tone in anxiety: Trait versus state, andthe effects of autogenic training / A.C. Miu, R.M. Heilman, M. Miclea // *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical* – 2009. - Vol.145.№1 - P.99-103.
7. Oral omega n3-PUFA therapy (Omacor) has no impact on indices of heart rate variability in stable post myocardial infarction patients / A. Hamaad[et al.] // *Cardiovasc.Drugs.Ther.* – 2006. - Vol.20, № 5. - P.359-364.
8. Prediction of late arrhythmic eventsafter acute myocardial infarction by time and frequency domain measures of heart rate variability / R.F Pedretti [et al.] // *Eur. Heart.J.* – 1994. - № 15. - P.81-82.

«СУХОЕ» ВЫТЯЖЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА С УКОРОЧЕННЫМ ПОСЛЕТРАКЦИОННЫМ ОТДЫХОМ

Сущеня Е.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск

Тракционная терапия или вытяжение позвоночника как немедикаментозный и нехирургический метод лечения компрессионных состояний позвоночника пользуется популярностью среди населения и является визитной карточкой многих санаториев и реабилитационных центров не только за рубежом, но и в нашей стране. Метод известен с глубокой

древности и вобрал в себя многовековой опыт и культурные традиции медицины Запада и Востока. Вытяжение позвоночника направлено на устранение нарушений в мышечно-связочной и костно-суставной системе позвоночника, для коррекции болевых и неврологических симптомов при протрузиях и грыжах межпозвоночных дисков [2, 3].

Вытяжение проводится для устранения болей в спине, способствует растяжению спазмированных мышц, разгрузке межпозвоночных дисков, увеличению диастаза между суставными поверхностями межпозвоночных суставов, освобождению от сдавливания нервных образований позвоночника [1, 4].

В настоящее время возможности тракционной терапии расширились в связи с появлением аппаратных устройств для дозированного вытяжения позвоночника как на ортопедических столах («сухое» вытяжение), так и в воде (подводное вытяжение). Микропроцессорные пульта управления позволяют точно изменять силу и длительность вытяжения, производить вытяжение в импульсном - интермитирующем или постоянном режимах. Интермитирующий режим «сухой» тракции, по данным литературных источников и инструкций к аппаратам [4, 5, 7], осуществляется с изменением заданного усилия на 25-50% в каждом цикле и изменяющейся (от 30-60 сек на максимуме до 1-2 минут на минимуме) экспозицией. Начальная нагрузка может составлять 5-15% от веса тела пациента. Максимальное усилие не должно превышать 50% массы тела. Курс лечения МОЖЕТ составлять 10-15 сеансов.

После процедуры традиционно применяется отдых, разгрузка позвоночника в течение 1,5-2 часов, ношение разгрузочных ортопедических корсетов. Разгрузочные корсеты обеспечивают уменьшение осевой нагрузки на позвоночник, в результате перенесения части веса туловища на подвздошные кости. Ношение ортопедического корсета обязательно сочетают с занятиями лечебной физкультурой и массажем во избежание прогрессирующего ослабления мускулатуры туловища [5, 6].

При стандартном подходе – вытяжение позвоночника с последующим разгрузочным отдыхом продолжается от 1,5 до 2,5 часов. В некоторых случаях пациенты и медицинский персонал

персонал не имеют возможности выделить такой отрезок времени на процедуру.

Нами была применена тактика интермитирующего «сухого» вытяжения поясничного отдела позвоночника с укороченным послетракционным отдыхом до 20-45 минут в корсете на кушетке без переключиваний, с корсетированием до 2-3 часов в сутки. Цель данного исследования – оценка эффективности и безопасности нестандартной схемы тракционной терапии.

По нестандартной схеме было выполнено «сухое» вытяжение 66 пациентам с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника на пояснично-крестцовом уровне. Пациентам проводилось нейро-ортопедическое обследование, компьютерная томография (КТ) или магниторезонансная томография (МРТ) пояснично-крестцового отдела позвоночника. При постановке диагноза использовалась клиническая классификация заболеваний периферической нервной системы по И.П. Антонову (1987).

Оценка результатов лечения осуществлялась методом сравнения неврологического статуса до и после курса лечения, данных анкетирования пациентов до и после лечения (оценка боли по 10 бальной шкале ВАШ, по 5 бальной шкале оценка мышечной утомляемости, адаптации к физическим нагрузкам и общее самочувствие), так же данные КТ и МРТ до и после лечения.

По возрастному составу наблюдались пациенты от 21 до 65 лет, 41 мужчина и 25 женщин. Продолжительность заболевания составляла от 1 месяца до 5 лет, длительность последнего обострения – от 1 месяца до 4 месяцев.

Вытяжение пояснично-крестцового отдела позвоночника выполнялось на аппарате Эльтрак 471 (Eltrac 471 Enraf Nonius, Нидерланды) один раз день, во второй половине дня, с кратностью - через день. Количество процедур на курс – 10. Продолжительность первой процедуры составляла 20 мин, с постепенным увеличением продолжительности до 45 минут к концу последней процедуры. Минимальная нагрузка (усилие натяжения) постепенно увеличивалась на каждой процедуре – от 6 до 12 единиц (Ньютон), в зависимости от веса и развитости мускулатуры пациентов, максимальное тяговое усилие также

постепенно увеличивалась от 12 до 50 единиц (но не больше показателя $N = 50\%$ массы тела). Прирост усилия составлял 0,5-2 единицы на каждой процедуре, задержка натяжения: базового - 2-4 сек., максимального 4-6 сек. Отдых на тракционной кушетке без переключений соответствовал продолжительности процедуры - 20-45 мин, корсетирование пояснично-крестцового отдела позвоночника от момента окончания сеанса вытяжения до 2-3 часов в сутки.

В результате проведенной терапии были достигнуты положительные результаты: уменьшение или ликвидация болевого синдрома, мышечно-тонических нарушений, признаков компрессии нервных корешков.

По окончании курса тракционной терапии боль в спине исчезла у 45 (68,2%) пациентов, у 8 (12,1%) пациентов боль в спине значительно уменьшилась и исчезли онемения в конечностях, у 12 (18,2%) пациентов боль уменьшилась наполовину и у 1 пациента (1,5%) боль не изменилась, ухудшений не отмечалось ни в одном случае. Значительное общее улучшение наступило у 13 (19,7%) больных с люмбалгией, у 20 (30,3%) – с люмбоишалгией, у 11 (16,6%) – с радикулопатией и у 2 (3,1%) – с радикулоишемией. Признаки декомпрессии нервных корешков были достигнуты в 8 из 18 имевшихся случаев, уменьшение синдрома повышенной мышечной утомляемости, повышение адаптации к физическим нагрузкам достигнуто у 52 больных.

Таким образом, тракционное лечение с укороченным периодом отдыха оправдывает свою эффективность и безопасность наряду со стандартной схемой вытяжения и требует дальнейшего исследования для внедрения в лечебную практику.

Литература

1. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение и профилактика): Руководство для врачей. – М.: «Медпресс-информ», 2008. – 272 с.

2. Забаровский, В.К. Особенности использования современных методик мануальной терапии в лечении больных с грыжами поясничных межпозвонковых дисков / В.К. Забаровский. – Методические рекомендации. – Мн., 2001. – 17 с.

3. Левит К., Захсе И., Янда В. Мануальная медицина. – М.: Медицина, 1993. – 512 с.

4. Рыбин И.А. // Здоровоохранение. – 2000. – №3. – С. 12–14.
5. Фищенко В.Я., Лазарев И.А., Рой И.В. Кинезотерапия поясничного остеохондроза // Библиотечка практикующего врача. – «Мед-книга», Киев, 2007. – 96 с.
6. Ходарев, С.В. Принципы и методы лечения больных с вертеброневрологической патологией: Учебное пособие / С.В. Ходарев. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 608 с.
7. <http://partner.enraf-nonius.org>.

МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО И ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОГО НЕРВОВ

Хованская Г.Н., Пирогова Л.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Патология периферической нервной системы занимает одно из первых мест, как по распространенности, так и по количеству дней нетрудоспособности. Периферические невропатии черепных нервов очень часто встречаются в повседневной практике.

Проведены реабилитационные мероприятия у 67 пациентов в возрасте от 29 до 75 лет, из них 44 – с невропатией лицевого нерва, 23 – с глазодвигательными нарушениями по разработанному нами методу медицинской реабилитации. Метод медицинской реабилитации включает методику массажа, лечебной физической культуры и лечения положением с применением щадящих тейпов и методику физиопунктуры. Для комплексной оценки реабилитационных мероприятий все пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от применения различных методик (традиционной и разработанной нами): 34 пациента – 2-ая (основная) группа, 23 – 1-ая (контрольная).

Динамика мимического дефицита при лицевой невропатии до и после реабилитации оценивалась по модифицированной нами шкале Ф. М. Фарбера (1984 г.) по степеням и баллам. Использовалась 4-х степенная оценка нарушения приспособительной активности: тяжелая степень поражения, степень выраженного пареза, умеренного пареза, легкая степень. С