

**Российской Ассоциации мануальной медицины
Московского профессионального объединения
мануальных терапевтов**



БЮЛЛЕТЕНЬ № 22

**ВСЕРОССИЙСКОЙ СИМПОЗИУМ ВРАЧЕЙ
МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

Москва 2023 г.

УДК 615.821.2(082)

ББК 53.54я43

Б98

Б98 **БЮЛЛЕТЕНЬ № 22. ВСЕРОССИЙСКОЙ СЪЕЗД ВРАЧЕЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ.** – Москва: Издательство «Перо», 2023. – 66 с.

ISBN 978-5-00218-135-3

Научная редакция:

Главный редактор

Саморуков А.Е.- д.м.н., проф., вед. научный сотр. отделения ЛФК, роботизированной кинезиотерапии, мануальной терапии ФГБУ НМИЦ РК Минздрава России, г. Москва

Редакторы:

Ачкасов Е.Е.-д.м.н, проф., зав.Каф.медицинской реабилитации и спортивной медицины Сеченовский Университет, г.Москва

Баранцевич Е.Р.- д.м.н., проф., зав.каф. неврологии Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Батышева Т.Т.- д.м.н, проф., директор Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы, г.Москва

Бобровницкий И.П.- д.м.н, проф., член-корр. РАН, главный научный сотрудник ФГБУ НМИЦ РК Минздрава России г.Москва,

Еремушкин М.А.- д.м.н, проф., руководитель отделения ЛФК, роботизированной кинезитерапии, мануальной терапии ФГБУ НМИЦ РК Минздрава России, г.Москва

Гридин Л.А.- д. м.н. проф., директор Московского Центра проблем здоровья при Правительстве Москвы, г.Москва

Карпеев А.А. – к.м.н., главный редактор научно-практического журнала «Традиционная медицина», г.Москва

Разумов А.Н.- академик РАН, д.м.н., проф., Президент Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения г. Москвы, г. Москва

Чечин А. Д. - к.м.н, доцент, зав. кафедрой остеопатии, мануальной терапии и гнатологии, РУДН, г. Москва

Мы продолжаем ежегодный анализ научно практических корреспонденций результатов исследований и наблюдений и публикации научно-методических материалов для членов Объединения, подготовленных силами членов правления и членами Объединения.

Ждем ваших корреспонденций в 2023 году.

Главный редактор:

Саморуков А.Е.

Заместитель главного редактора:

Магомедов М.К.

Технический редактор:

Паносян В.Г.

Адрес интернет:

www: rosmanter.com

E-mail:

asam48@bk.ru

ISBN 978-5-00218-135-3

УДК УДК 615.821.2(082)

ББК 53.54я43

© Московское Профессиональное объединение мануальных терапевтов, 2023

СПИСОК СОВЕТА МОСКОВСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ МАНУАЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТОВ

- Васильева Л.Ф. - Зав кафедрой мануальной терапией РГМУ им. Н.И. Пирогова. т. (495) 331-35-48
- Гридин Л.А. - Зав кафедрой мануальной терапией 1 МГМУ им. И.М. Сеченова. т. (495) 239-15-03
- Гусина Е.Н. - Член Совета. Реабилитационный центр г. Коломна. т. 965-190-03-97
- Калнауз С.Н. - Член совета. Медицинский реабилитационный центр г. Москва. т. 926-153-14-64
- Козлов С.М. - Член совета. Кафедра мануальной терапии 1 МГМУ им. И.М. Сеченова. т. (495) 434-24-70
- Лондон С.В. - Член совета. Медицинский реабилитационный центр г. Москва. т. 916-109-32-11
- Мажукин В.И. - Директор учебно-инновационного центра РАММ. т. (495) 792-94-30
- Минахин А.А. - Президент МПОМТ. МНПЦ МРВСМ Филиал 9. т. 495-930-28-90
- Напалков А.Н. - Больница УДП РФ. т. 906-075-45-39
- Саморуков А.Е. - Президент РАММ. РНЦ Восстановительной медицины и курортологии. т. (495) 697-95-47
- Скляренко Г.В. - Медцентр ВГТРК
- Сыромятников А.Г. - Ответственный секретарь МПОМТ. т. (495) 270-07-20
- Фролов В.А. - Кафедра мануальной терапии 1 МГМУ им. И.М. Сеченова. т. (495) 193-97-59



**КОНКУРС «ЗОЛОТОЙ ПОЗВОНОК»
МОСКОВСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ
МАНУАЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТОВ НА НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМУЮ РАБОТУ
В ОБЛАСТИ МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ - 2023**

*Презентация Конкурса была проведена
24 октября 2003 года на конференции МПОМТ.*

В конкурсе могут участвовать врачи-мануальные терапевты члены МПОМТ и его филиалов, имеющие разработки в области мануальной медицины.

На конкурс подаются работы, оформленные в виде статьи, монографии, от частных лиц и организаций в объеме от 10 стр. в напечатанном виде и в электронной версии. Содержанием конкурсной работы могут быть внедренные научные разработки, изобретения, патенты, внедренные организационные разработки и другие достижения в области мануальной терапии.

В материалах, поданных на конкурс, должны быть отражены: новизна работы, практическая значимость, содержание работы, формы внедрения, результаты от внедрения разработки (справка с места внедрения), где опубликована и доложена работа.

Сроки подачи работ на конкурс с 01.01.2023 по 30.09.2023.

**ПОЛОЖЕНИЕ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОМИССИИ
КОНКУРСА «ЗОЛОТОЙ ПОЗВОНОК»**

Конкурсная комиссия создается на период объявления конкурса на лучшую работу в области мануальной медицины. Членами комиссии являются специалисты, имеющие признание в области мануальной медицины, члены Объединения.

Презентуется 3 места для участников конкурса, отмеченные золотым, серебряным и бронзовыми дипломами с символикой конкурса. Будут оцениваться: оригинальность работы, ее научная новизна, практическая значимость и глубина внедрения.

Главным призом конкурса является уникальная скульптурная композиция «Летающий сквозь кольцо Мебиуса позвонок», выполненная из золотистой бронзы на пьедестале из змеевика, символизирующая неразрывную связь внутренних и наружных структур организма через движение позвоночника.

СОДЕРЖАНИЕ

НАШИ ЮБИЛЯРЫ

ПОЗДРАВЛЯЕМ ЮБИЛЯРА.....9

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

<i>К.М.Н. И.А. Гришечкина</i> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОМ КОМПЛЕКСЕ НАVILEST С БЕСКОНТАКТНЫМ СЕНСОРОМ MICROSOFT KINEST ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРРЕНКУРА У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....11	11
<i>Доц. Александров В.И., проф. Тян В.Н</i> ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ.....11	11
<i>Ю.А. Криво, Ю.А. Мачнев, И.А. Воробьевский, И.М. Дерябин, С.В. Суслов</i> ОПЫТ ИНТЕГРАЦИИ В МАНУАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИЕМОВ ОСТЕОПАТИИ И ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ С ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИХ МЕТАФИЗИЧЕСКОЙ ИДЕОЛОГИИ.....13	13
<i>Кузьминов К.О.</i> СИНДРОМ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ.....15	15
<i>Кузьминов К.О.</i> СИНДРОМ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ.....16	16
<i>Лобанов А.А., Андронов С.В., Гришечкина И.А., Попов А.И.², Рачин А.П., Ерёмушкин М.А., Терентьев К.В.</i> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОМ КОМПЛЕКСЕ НАVILEST С БЕСКОНТАКТНЫМ СЕНСОРОМ MICROSOFT KINEST ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРРЕНКУРА У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....17	17
<i>Ким А.А., Данилов Ал.</i> БМУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОГРАММЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ.....17	17
<i>Тян В.Н., Александров В.И.</i> ВЛИЯНИЕ НЕЙРОРЕФЛЕКТОРНЫХ МЕТОДОВ НА ВЕГЕТАТИВНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ШЕЙНОГО РЕГИОНА19	19
<i>Яковлев М.Ю., Бобровницкий И.П., Фесюн А.Д., Парфёнов А.А., Вальцева Е.А., Гришечкина И.А., Никитин М.В., Павловский С.А.</i> РОЛЬ АКТИВАЦИИ ФИЗИЧЕСКОЙ МЫШЕЧНОЙ НАГРУЗКИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЕВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРЕНКУРА В СТАБИЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ЭФФЕКТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОГОДНЫХ УСЛОВИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ21	21
<i>Тян В.Н.</i> ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ СИСТЕМЕ.....22	22
<i>Хайбуллина Д.Х., Максимов Ю.Н.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИК МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СПЕКТРА ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ24	24
<i>Тян В.Н</i> ИСХОДНЫЙ ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТОНУС КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ СИСТЕМЕ.....26	26
<i>Минахин А.А.</i> «К ВОПРОСУ О ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА».....28	28
<i>Ю.А. Криво, И.Ю.Криво</i> ОПЫТ ПАРСИПАТИВНОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВОВЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УПРАЖНЕНИЯМИ29	29
<i>к.м.н. Волков Е.Е.</i> РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ. D-ЗАВИСИМЫЙ РИСК АНГБК32	32
<i>Лютых А.Б</i> ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ ВРАЧА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕДОМСТВЕННОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, ВИДА ФИНАНСИРОВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОЙ ФОРМЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ. ЛИЧНЫЙ ОПЫТ ВРАЧА33	33
<i>Саморуков А.Е., Будылин С.П.</i> КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ПРИМЕНЕНИИ МЫШЕЧНОЙ КОРРЕКЦИИ И ВЫТЯЖЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА В КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ШЕЙНО-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ34	34
<i>Лютых А.Б.</i> МЕСТО И РОЛЬ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ И РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ.....35	35
<i>Криво Ю.А.</i> ОПЫТ ИНТЕГРАЦИИ36	36
<i>Фролов В.А.</i> МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СКЕЛЕТНОМЫШЕЧНОЙ БОЛИ38	38
<i>Сафоничева О.Г.</i> РОЛЬ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ40	40
<i>Царев Ю. К., Золотарева М. А.</i> МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ОМЕГА-3 ПНЖК В ЛЕЧЕНИИ ШЕЙНЫХ ДОРСОПАТИЙ43	43
<i>А. Е. Червоток, И.А. Егорова</i> ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТОМАТОЛОГА И ОСТЕОПАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ45	45

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

<i>Стехин А.А., Яковлева Г.В., Рачин А.П., Карасев А.К.</i> ВОЛНОВАЯ (КВАНТОВАЯ) ТЕРАПИЯ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА	46
---	----

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

<i>Ю.О. Новиков</i> МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА	51
--	----

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

<i>Ю.А. Криво, Ю.А. Мачнев, И.А. Воробьевский, И.М. Дерябин, С.В. Суслов</i> ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО О ДУБЛИРОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РОССИИ ТРАДИЦИОННО-МЕДИЦИНСКОЙ АМЕРИКАНСКОЙ МЕТАФИЗИЧЕСКОЙ КОММЕРЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНОЙ ОСТЕОПАТИЕЙ	55
<i>Магомедов М.К.</i> ТРЕБОВАНИЯ К ТЕЗИСАМ И СТАТЬЯМ ДЛЯ БЮЛЛЕТЕНЯ МОСКОВСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ МАНУАЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТОВ	63



Японские перкуссионные массажеры для тела YAMAGUCHI

Благодаря усиленным направленным пульсациям массажер YAMAGUCHI помогает стимулировать кровоток, быстро восстанавливать мышцы после тренировок и травм, способствует увеличению объема движений и гибкости мышц, снимает мышечную боль и расслабляет все тело.

Yamaguchi Massage Gun MAX PRO

- 1500–2500 об/мин
- воздействие 12–16 мм
- ударная сила 8–25 кг



Использует Сергей Чечиль —

Официальный врач Олимпийской сборной России, мануальный терапевт с 25-летним стажем. Во главе с ним наши спортсмены забрали более 30 медалей на играх в Сочи, Пхенчхане и Пекине.



Yamaguchi Therapy Massage Gun

- 1800–3000 об/мин
- воздействие 10–15 мм
- ударная сила 8–16 кг



Yamaguchi Massage Gun Mini 2

- 1800–3000 об/мин
- воздействие 8–15 мм
- ударная сила 8–15 кг



Самостоятельная проработка труднодоступных мест



Yamaguchi Top Gun&Arm

- 800–3200 об/мин
- воздействие 7–14 мм
- ударная сила 8–14 кг



Перкуссионный, или ударный, массаж известен за рубежом уже больше 10 лет. В основе массажа лежит перкуссия, то есть «постукивание». Перкуссионный массажер, двигаясь вперед-назад с амплитудой до 10 мм и частотой вращения до 3200 об/мин, многократно ударяет по мышцам, расслабляет их и прорабатывает ткани в глубину.



НАШИ ЮБИЛЯРЫ



ПОЗДРАВЛЯЕМ ЮБИЛЯРА!

Алексей Егорович Саморуков родился 13 марта 1948 года Рязанской области Сараевского района деревня Тяпкино в крестьянской семье отец вернулся с фронта с тяжелыми ранениями, мать работала в районной больнице младшим медицинским персоналом, что послужило в дальнейшем в выборе врачебной специальности. Поступил на педиатрические факультет 2 Московского ордена Ленина Государственного медицинского института, где проявил интерес сначала к оперативной хирургии, а в дальнейшем к психиатрии и неврологии. После окончания института поступил в клиническую ординатуру на кафедру детской неврологии, которой руководил Академик Левон Оганесович Бадалян. Он занимался развитием детской неврологии и медицинской генетики.

В дальнейшем был приглашен аспирантуру по общей неврологии. Защитил кандидатскую по нарушению липидного обмена при наследственных заболеваниях у больных с подкорковыми дегенерациями. После успешной защиты был приглашен работать в отделение неврологии института Курортологии и физиотерапии, которым руководила профессор Надежда Ивановна Стрелкова. Познакомившись с новыми для себя возможностями лечения больных природными факторами навсегда влюбился в это направление медицины. В дальнейшем в 1982 году по инициативе профессора Стрелковой Н.И. прошел курс мануальной терапии на кафедре проф. Гойденко В.С. и занимался изучением ее возможностей в физической терапии.

Изучение влияния мануальной терапии у больных с заболеваниями сердечно сосудистой системы открыло новые возможности в применении методов мануальной терапии у больных с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения, и в восстановительный период после перенесенного инфаркта миокарда

Им было разработано направление применения мануальной терапии в санаторно курортном лечении в комплексе с физическими факторами

В дальнейшем были проведен цикл работ совместно с клиническими отделениями :физиотерапии, гинекологии, пульмонологии, эндокринологии, сердечно-сосудистых заболеваний. по изучению применения мануальной терапии при сомато-висцеральных дисфункциях. Показано влияния устранения функциональных нарушений позвоночника на функцию висцеральных органов Царин В.И.,

Будылин С.П. проводили изучения возможности мануальной терапии у больных с хроническими заболеваниями органов малого таза и бронхолегочной системы при ХОБ и бронхиальной астме. Получены положительные результаты в лечении хронического сальпингоофорита, что связано с уменьшением застойных явлений в органах малого таза, улучшении перистальтики маточных труб и состояния матки. Исследования показали, что улучшение дренажной функции полых органов за счет устранения сегментарных дисфункций позвоночника может широко использоваться в санаторно-курортных и лечебно-профилактических учреждениях, так как мануальная коррекция функциональных нарушений значительно улучшает течение хронических заболеваний внутренних органов. В группе пациентов с заболеваниями эндокринной системы были больные с сахарным диабетом диабетической ангиопатией сосудов нижних конечностей с характерными жалобами с субкомпенсированной гипергликемией. Было показано, что устранение функциональных нарушений в пояснично-крестцовом отделе значительно улучшает кровоснабжение в нижних конечностях в целом и улучшает микроциркуляцию в частности до 40% от исходного уровня. Проведен цикл работ по реабилитации больных после операций на позвоночнике, реконструктивных операциях на периферических суставах, после операций на щитовидной железе. Совместно с Индустриальным институтом велись научные изыскания по разработке роботного массажа. Материалы разработок были использованы в создании программы и опытной модели, которые получили медаль ВДНХ и Серебряную медаль на научно-технической выставке в С-Петербурге. По результатам научных исследований были защищены 4 кандидатских и одна докторская диссертация. Алексей Егорович является автором 200 научных публикаций и авторских свидетельств

Профессор Саморуков А.Е активно участвовал в развитии мануальной терапии в нашей стране, возглавляя Московское профессиональное объединение, до 2005 года, в дальнейшем был избран президентом Российской Ассоциации мануальной медицины. Им организована работа по созданию краткого словаря терминов и понятий для врачей мануальной медицины, а затем и полного словаря терминов и понятий в мануальной медицине, была организована регистрация членов Российской Ассоциации мануальных терапевтов, инициировано создание региональных объединений врачей мануальных терапевтов в Воронеже, Самаре, Костроме, реорганизованы Казанская ассоциация. Создана Межрегиональная Ассоциация общественных объединений врачей мануальной медицины, объединены Черноморская межрегиональная ассоциация Мануальных терапевтов, Владивостокская ассоциация мануальных терапевтов, Московское профессиональное объединение мануальных терапевтов Петербургская Ассоциация, учрежден конкурс «Золотой позвонок» был, заказан гимн конкурса «Золотой позвонок» композитору Елене Дединской, разработан наградной знак для победителя конкурса совместно со скульпторами Валерием и Натальей Никифоровыми, «за вклад в развитие мануальной терапии», которым отмечен вклад основоположников мануальной терапии в нашей стране: Карлом Левитом, проф. В.С. Гойденко, проф. А.Т. Неборским, проф. Л.Ф. Васильевой, проф. Мерзенюком, проф. Саморуковым. Отмечена работа редакционной коллегии журнала «Мануальная терапия», созданы сайты Московской и Российской Ассоциации мануальных терапевтов, разработан порядок награждения за вклад в развитие мануальной терапии для конкурса «Золотой позвонок», создано руководство для врачей мануальных терапевтов «Мануальная терапия в лечении соматовисцеральных дисфункций», Организовано создание оценочной базы для аккредитации врачей мануальных терапевтов привлечением актива Ассоциации,

А.Е. Саморуков принимал активное участие в создании и обсуждении и профессионального стандарта по мануальной терапии, который был представлен в Минздрав. Он активно занимался подготовкой специалистов по мануальной терапии в ФГБУ НМИЦРиК МЗ РФ, РУДН, РМА им. Сеченова.

За вклад в развитие мануальной терапии Саморуков А.Е был награжден почетной грамотой Минздрава

Коллектив врачей мануальных терапевтов и редакционная коллегия поздравляет юбиляра и желает здоровья, творческого долголетия.

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОМ КОМПЛЕКСЕ HAVILEST С БЕСКОНТАКТНЫМ СЕНСОРОМ MICROSOFT KINECT ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРРЕНКУРА У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

*К.М.Н. И.А. Гришечкина
ФГБУ НМИЦ РФ МЗ РФ*

Избыточная масса и ожирение тела является многофакторным мультисистемным заболеванием, которую Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) еще в 1997 г. объявила глобальной эпидемией. В России, не менее 30% трудоспособного населения России имеют избыточную массу тела. Только использование физических нагрузок, как неотъемлемой (базисной) части лечения ожирения и поддержания, достигнутой в процессе лечения массы тела, способно достичь стойкого и длительного лечебного результата, а также значимых изменений в строении тела (соотношения жировой /безжировой массы тела). Терренкур –лечебная ходьба – метод санаторно-курортного лечения, который сочетает в себе климатотерапию и лечебную физкультуру. Одной из проблем при физических нагрузках у лиц с ожирением является затруднение, испытываемое этими лицами в процессе выполнения физических нагрузок вследствие нарушения паттерна ходьбы из-за дисбаланса мышечных цепей, в том числе тазового региона, шейного отдела, что снижает выносливость и приверженность занятиям физической культурой.

В результате исследования выявлено, что в группе воздействия (Терренкур) демонстрировали более низкие значения показателей «общий жир», «метаболический возраст», «базовая калорийность» по сравнению с исходными результатами и группой контроля; в группе воздействия (Терренкур) выявлено уменьшение отклонения центра проекции оси тела от должной оси, процент несоответствия должным колебаниям доразгибания стопы. Данные изменения способствовали устранению ограничений при прохождении терренкура. и как результат, повышению комплайенса пациентов при занятиях терренкуром.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ

*Доц. Александров В.И., проф. Тянь В.Н.
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение дополнительного профессионального образования.
Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования. МЗ.РФ.
Кафедра неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии*

Мануальная диагностика и терапия детей имеет свои отличия исходя из особенностей анатомии ,физиологии и этапов психомоторного развития зависимости от возраста ,клинических проявлений болезней . Как указывает К.Левит, корни мануальной терапии уходят в глубину человеческой истории, т.е, истоки манипуляционного лечения лежат у начала человеческой жизни. Вероятно, первым применил мануальную терапию человек, который помог женщине родить ребенка ,так как все ручные приемы родовспоможения –это приемы,используемые в мануальной терапии. Анализ данных показывает, что наибольшее количество факторов риска приходится на период родов. Наиболее значимые из них:преждевременные роды.вид предлежания,несоответствие размеров плода родовым путям матери,большой вес плода,что вынуждает акушеров форсировать родовую деятельность или применять манипуляции.Наиболее часто повреждается шейный отдел позвоночника.Среди

повреждений нервной системы у новорожденных часто отмечаются сочетанные краниоспинальные травмы, обуславливающие дисциркуляторные, ишемические и гемморагические проявления. Родовому травматизму способствует также большая частота аномалий развития опорно-двигательного аппарата. При выявлении наиболее значимых факторов риска у беременных и плода мануальные терапевты должны наметить основные направления профилактики и проводить их в дородовой, родовой и послеродовой периоды.

Важное значение имеют сроки проведения диагностики, поэтому если есть показания, новорожденный должен быть осмотрен мануальным терапевтом в первые недели жизни. Надо не только осмотреть новорожденного в положении лежа на животе, спине, вертикальном положении, но и наблюдать за его поведением во время пеленания, кормления, положением головы, рук, ног, туловища. Уже при внешнем осмотре можно увидеть признаки травмы позвоночника, врожденную патологию спинного мозга: кривошею, кифоз, кифосколиоз, спинномозговую грыжу.

При проведении мануальной диагностики нужно использовать специальные тесты.

1. Сопротивление на сгибание головы.
2. Проба на тракцию.
3. Сопротивление на отведение бедер.
4. Перекрестный рефлекс экстензоров.

Очень важным является диагностика безусловнорефлекторной деятельности и сроки развития условных рефлексов.

Необходимо учитывать основные этапы статико-моторного развития, которые тесно связаны с формированием психоэмоциональной сферы ребенка.

При обнаружении со стороны нервной системы и опорно-двигательного аппарата отклонений следует определить тактику лечения: срочно проводить мануальную терапию, дополнительно обследовать, проконсультироваться у других специалистов или наметить сроки профилактических осмотров. Все эти вопросы, конечно, решаются индивидуально с каждым ребенком.

Можно выделить критические возрастные периоды для позвоночника, мышечно-связочного аппарата, суставов, системы кровообращения и иннервации. Ребенок из горизонтального положения переходит в вертикальное, начинает держать головку, сидеть, стоять, ходить, бегать, говорить. В определенные сроки должно идти формирование физиологических изгибов: шейный лордоз, грудной кифоз, поясничный лордоз. В период полового созревания происходит интенсивный рост, возрастает мышечная активность и возрастные нагрузки на позвоночник, суставы, мышечно-связочный аппарат, систему кровообращения и иннервации. Наряду с физиологическими процессами обостряются или проявляются патологические врожденные или приобретенные пороки. Поэтому, нужно проводить профилактические осмотры ребенка мануальным терапевтом в следующие возрастные периоды: периоды врожженности, грудной, ясельный, дошкольный, школьный, юношеский. Кроме того, могут проявиться пороки развития, которые следует выявить и провести дифференциальную диагностику с вертеброгенными заболеваниями. Должен соблюдаться алгоритм приема ребенка мануальным терапевтом: жалобы, мануальная диагностика, неврологический осмотр, дополнительные методы обследования, дифференциальная диагностика, постановка диагноза, определение показаний или противопоказаний, выбор тактики лечения. Когда ребенок говорит и может выполнять инструкции диагностика и терапия проводятся, как у взрослых.

Мануальную диагностику и терапию рекомендуют применять при вертеброгенных заболеваниях нервной системы, детском церебральном параличе, родовых плекситах, головной боли напряжения, миофасциальном болевом синдроме, задержке психомоторного развития, невропатии лицевого нерва, в восстановительном периоде нейроинфекций и нарушения спинального и церебрального кровообращения, постковидном синдроме, неврозах, пневмонии, бронхитах, бронхиальной астме, нарушении осанки, с коликтической болезнью, сколиозах.

Возрастных противопоказаний нет. Конечно, не рекомендуют применять при онкологических заболеваниях, в остром периоде нейроинфекций и нарушения спинального и церебрального кровообращения в остром периоде постковидного синдрома, грубой задержке психического развития, эпилепсии и т.д.

Вопросы диагностики, эффективности, осложнениях, отдаленных последствиях, показаниях, противопоказаниях к мануальной терапии при многих заболеваниях детей четко и полностью еще не решен и требует дальнейшего научного и практического обоснования.

ОПЫТ ИНТЕГРАЦИИ В МАНУАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИЕМОВ ОСТЕОПАТИИ И ПРИКЛАДНОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ С ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИХ МЕТАФИЗИЧЕСКОЙ ИДЕОЛОГИИ.

Ю.А. Криво, Ю.А. Мачнев, И.А. Воробьевский, И.М. Дерябин, С.В. Суслов

Воронежское общество врачей мануальной терапии

Представительство в Воронежской области «Межрегиональной ассоциации общественных объединений врачей мануальной медицины»

Аннотация. Врачи медицинской специальности мануальная терапия в Воронеже используют наряду с общеклинической и специализированной мануальной диагностикой, лечебными приемами, исторически наследуемыми из чешской и советской естественно-научных медицинских школ – также и методики американских коммерческих школ регуляции здоровья: остеопатии и прикладной кинезиологии, которые родом из традиционной медицины, костоправства – с исключением из них метафизических идей, и заменой их на имеющиеся естественно-научные обоснования фундаментальной и клинической физиологии.

Ключевые слова: мануальная терапия, остеопатия, прикладная кинезиология, нейродинамика, флексионный тест, тест силы, мануальное мышечное тестирование.

EXPERIENCE IN INTEGRATION INTO MANUAL THERAPY TECHNIQUES OSTEOPATHY AND APPLIED KINESIOLOGY WITH THE EXCEPTION OF THEIR METAPHYSICAL IDEOLOGY.

Yu.A. Krivo, I.M. Deryabin, Yu.A. Machnev, I.A. Vorobievsky
Voronezh Society of Doctors of Manual Therapy

Representative office in the Voronezh region of the "Interregional Association of Public Associations of Doctors of Manual Medicine"

Annotation. Doctors of the medical specialty manual therapy in Voronezh along with general clinical and specialized manual diagnostics, treatment methods historically inherited from the Czech and Soviet natural science medical schools, they also use the methods of American commercial schools of health regulation: osteopathy and applied kinesiology, which come from traditional medicine, bone-cutting - with the exception of them metaphysical ideas, and replacing them with the existing natural scientific substantiation of fundamental and clinical physiology.

Keywords: manual therapy, osteopathy, applied kinesiology, neurodynamics, flexion test, strength test, manual muscle testing.

Исторически развитие российских методик мануальной терапии связано с чешской школой мануальной мышечно-скелетной медицины, выделившей наиболее близкие к естественно-научным диагностические и лечебные методики из американской остеопатии, исторически являющейся традиционной медициной, костоправством. Российская мануальная терапия, являясь продолжательницей естественно-научной школы советской медицины, продолжает изучать и включать в себя методики школ традиционной медицины: остеопатии и прикладной кинезиологии с исключением метафизической идеологии и использованием вместо них принятых в медицине знаний фундаментальной и клинической физиологии.

Врач мануальный терапевт в России представляет своей деятельностью медицинскую клиническую дисциплину, использующую диагностические приемы общеклинической медицинской практики, в том числе аппаратные и специализированные. Врач является экспертом, исследующим пациента непосредственно и факты о его жизнедеятельности и морфологии, полученные от экспертов, интерпретирующих данные технологических аппаратов, исследующих отдельные свойства пациента. Так же используются специализированные приемы прямого физического (физикального) исследования пациента, не имеющие аппаратов для исследования в следствие несовершенства технологического развития и/или не искаженные технологическими неточностями и особенностями интерпретации результатов аппаратных методов. Преимущественным методом исследования в мануальной терапии является прямое исследование физических свойств человека, что позволяет непосредственно во время технического приема, а также до и после его исполнения – следить за динамикой изменений активности

пациента. Большая часть свойств, требующих динамического наблюдения, являются феноменами физиологической активности функциональных систем по П.К. Анохину, имеют природу, связанную с активностью нервной ткани, как принято еще говорить рефлекторную природу по И.П. Павлову.

Диагностика в нашей деятельности врачей мануальных терапевтов включает также исследовательские приемы, имеющие явное обоснование фундаментальной физиологией, применяющиеся в других клинических дисциплинах, с игнорированием и исключением метафизической идеологии, которая исторически используется исходно в практике:

- остеопатии – дисциплины бизнеса на обучении традиционной медицине – американскому костоправству, и

- прикладной кинезиологии – дисциплины влияния на здоровье человека, основанной хиропракторами, другой американской традиционно-медицинской школой костоправства.

Физиологическая основа исследовательских приемов, пришедших из американских традиционных дисциплин костоправства замещающая их метафизическую идеологию следующая:

- а) флексионный тест по А.Е. Саморукову, измеряет реципрокную активность ансамблей нейронов сегментов туловища по симметричному/асимметричному изменению длины мышц по парно при их эксцентрической работе,

- б) тест силы по Д. Лифу - В. Янда - Л.Ф. Васильевой,

измеряет различие между 4 и 5 степенью силы (шкала от 0 до 5), которые являются проявлением:

- в случае 4 степени силы – сгибательного рефлекса, автоматизма слежения, «рефлекса прилипания» по Р. Магнусу, и

- в случае 5 степени силы – миотатического рефлекса, автоматизма опоры, «шулькен-рефлекса» по Р. Магнусу.

Флексионный тест по А.Е. Саморукову в нашей практике применяется:

- у детей, пожилых и ослабленных людей, при острых болях – вследствие большей доступности,

- при заболеваниях и нарушении функций туловища, в том числе при сколиозах,

- для подбора свойств механической среды, ортопедических принадлежностей, фиксаторов, тейпов, обуви, стелек, средств сна – вследствие большой точности паравертебрального исследования.

Тест силы по Д. Лифу - В. Янда - Л.Ф. Васильевой нашел применение при заболеваниях и нарушениях функций:

- преимущественно конечностей,

- у спортсменов, людей физического труда,

- для подбора ортопедических принадлежностей, тейпов, напульсников, свойств механической среды, кроссовок, стелек, средств сна.

Врач мануальный терапевт в России представляет своей деятельностью медицинскую клиническую дисциплину, включающую принятые после изучения и клинической апробации ведущими научными центрами Союза Советских Социалистических Республик, а затем России терапевтические физические воздействия и деятельность:

- мобилизационные и манипуляционные суставные методы,

- мягкие нейромышечные методики,

- в том числе, связанные с биоритмами изменения формы тела и локомоцией,

- а также вовлечение пациента в терапевтическую деятельность с изменением пищевого, двигательного, эмоционального, когнитивного поведения.

Лечебные мероприятия из американских школ традиционной мануальной медицины, указанные выше: остеопатии и прикладной кинезиологии – нашли свое дифференцированное применение при естественно-научной трактовке клинических феноменов с исключением метафизической идеологии, и обоснованием знаниями фундаментальной и клинической физиологии, а не фантазиями увлеченных.

Мягкие нейромышечные методики, в том числе связанные с биоритмами и локомоцией применяются у детей, пожилых и ослабленных людей, при острых болях.

Вовлечение пациента в терапевтическую деятельность с изменением пищевого, двигательного, эмоционального, когнитивного поведения является воплощением принципа парсипативности современной медицины, чаще реализуется у людей активного возраста.

Таким образом в деятельность врача мануального терапевта включаются технические приемы соответствующие естественно-научным знаниям без традиционной и метафизической идеологии остеопатии, прикладной кинезиологии, что ведет к лучшей точности в диагностике, эффективности в лечении болезней, коррекции нарушений здоровья и самочувствия, улучшении качества жизни.

СИНДРОМ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ.

Кузьминов К.О.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики с курсом мануальной терапии ФДПО. Филиал ГКБ №67 им. Ворохобова, ГБУЗ Центр Мануальной терапии, ДЗ г. Москва.

Функциональная система – крестцово-подвздошное сочленение (КПС), тазобедренные суставы (ТБС) и позвоночно-двигательный сегмент (ПДС) L5-S1 образуют сложную единую взаимосвязанную систему. Нарушение в пределах одного звена приводит к дисфункции всей биомеханической линии, что в дальнейшем приводит к деформации суставов и необратимому расстройству биомеханики движений. Факторы, приводящие к формированию дисфункции КПС: травмы (особенно падение на ягодицы); возраст (предпочтительно пожилой возраст или молодые спортсмены); асимметрия длины ног; аномалии строения скелета; изменения походки, осанки и биомеханики на фоне: сколиоза, спондилоартроза, увеличения угла пояснично-крестцового перехода, незаращения дуги L5 позвонка, спондилолистеза, изменений позвоночно-тазовых соотношений и баланса; продолжительное напряжение и микротравматизация (прыжки, длительные компрессионные и статические нагрузки и т.д.); беременность (многоплодная) и осложненные роды в анамнезе (макросомия плода); хирургические вмешательства на позвоночнике в анамнезе. Клиника поражения КПС вариабельная. Боль - самый частый симптом, иногда регистрируется скованность, “зажатость” и чувство онемения, жжения в области КПС. В 94 % наблюдениях болевой синдром фиксируется в области ягодиц, в 72 % - в нижней части спины. В 50 % пациентов наблюдают комбинацию вышеуказанных симптомов с распространением болей в нижние конечности, в том числе 28 % с иррадиацией ниже коленных суставов (КС) и 12 % - в стопы. У 14 % лиц регистрируется распространение болей в паховую область, у 2 % — в область передней брюшной стенки. Боли при патологии КПС никогда не иррадируют вверх, выше L5 позвонка. Интенсивность боли увеличиваются при вертикализации тела, наклонах, подъеме на ступеньки, продолжительном сидении или стоянии. Лежа и стоя боли обычно уменьшается. Неврологическая симптоматика отсутствует, по данным инструментальных и лабораторных обследований значимых изменений также нет. Более характерной для синдрома КПС представляется зона боли средним размером 3×10 см, которая локализуется и пальпируется ниже от задней верхней подвздошной ости (зона Фортина – Fortin area). Для клинической диагностики применяют т.н. специфические провокационные тесты (ПТ) – тест Патрика, Бонне, упругости бедра, Ганслена, Йомана, дистракционный и компрессионный тесты и др. Если в результате проведения ПТ, 3 из 5 положительны, то можно предполагать достаточную чувствительность и специфичность результатов и высокую возможность того, что у этих лиц будет положительный эффект на диагностические блокады (ЛМБ) КПС. Локальное введение местных анестетиков в область КПС позволяет верифицировать его дисфункцию. Регресс боли или значительное снижение ее интенсивности после интраартикулярной ЛМБ местных анестетиков значительно эффективнее с применением навигации (рентгенологической или ультразвуковой). ЛМБ без применения контроля сопряжены с высоким риском ложноположительных ответов. В лечении и реабилитации больных показана их ранняя активизация с сохранением уровня ежедневной активности, избегание провоцирующих нагрузок и поз, использование мануальной терапии, ЛФК, иглорефлексотерапии, ФТЛ, массажа, когнитивно-поведенческой терапии, коррекции асимметрии ног при помощи ортопедических изделий. Медикаментозная терапия включает: нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), миорелаксанты, антидепрессанты, глюкозаминогликаны, трамадол при интенсивных болях, витамины и минеральные комплексы. Возможно использование местных средств: пластыря с местным анестетиком, мазей и гелей НПВС. К альтернативному методу консервативного лечения синдрома КПС относится радиочастотная денервация (РД). Чаще всего используется методика с постоянным действием высокочастотного тока на ветви корешков L5, S1-S3, а также, дополнительно - нейротомия медиальной ветви корешков L4 и S4. Эффективность методики РД сроком на 6–12 мес. подтверждается множественными исследованиями и опубликованными данными. Комплексное консервативное лечение, состоящее из мануального воздействия, медикаментозной и когнитивно-поведенческой терапии дает возможность купировать болевой синдром в 80% случаев, вызванного патологией КПС. ЛМБ с глюкокортикостероидами рекомендованы в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии при синдроме КПС. РД рекомендуется проводить при отсутствии эффекта ЛМБ.

kko.72@mail.ru Кузьминов Кирилл Олегович

СИНДРОМ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ.

Кузьминов К.О.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова,
кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики л/ф. Филиал ГКБ №67 ГБУЗ "Центр
мануальной терапии" ДЗ г. Москва

Цель: выявление дисфункции крестцово-подвздошного сочленения (КПС) у больных с разными мышечно-скелетными болевыми синдромами нижней части спины и определение подходов к лечению, включая методы мануальной терапии (МТ). **Материал и методы:** Клинически и инструментально обследованы 322 больных с болью в нижней части спины (БНЧС) сопоставимых по возрасту и полу ($43,4 \pm 8,7$ лет), разделенных на 3 группы (люмбалгия $n=186$, люмбоишиалгия без поражения корешка $n=69$, радикулопатия $n=67$). Статистическая обработка данных осуществлялась путем использования непараметрического метода Краскела-Уоллиса (Kruskal-Wallis test) и корреляционного анализа Спирмена с оценкой взаимосвязи и динамики клинических симптомов. **Результаты:** Количественная оценка выраженности болевого синдрома по ВАШ имела различия в группах, где интенсивность боли преобладала в группе больных с радикулопатией ($p<0,001$). Во всех группах были выявлены пациенты с дисфункцией КПС различной степени выраженности, но без существенных различий по количественному признаку ($p<0,001$). Среди них выявлены различные структурные изменения МПД. Во 2-й и 3-й группах преобладали изменения в виде протрузий, грыж МПД ($p<0,001$). Из всех групп были выделены $148 \pm 10,2$ пациентов с доказанной дисфункцией КПС, как причиной болевого синдрома. Всем пациентам проводилась мануальная терапия (МТ), включая методы релаксации, мобилизационно-манипуляционные техники на область поясничного отдела позвоночника и КПС. Лечебные мероприятия включали назначение стандартных медикаментозных схем. Избирательно проводились ЛМБ. Клиническая достоверность дисфункции КПС достигалась путем оценки нескольких провокационных тестов (ПТ). При сравнительном анализе ПТ, во 2-й и 3-й группах отмечено превалирование пациентов с доказанной дисфункцией КПС, которым также проводилась периартикулярная ЛМБ. У $120 \pm 11,2$ пациентов из 1-й и 2-й групп отмечалась существенная положительная динамика в процессе комбинированной терапии на основании регресса ПТ и уменьшения боли в КПС, в 3-й группе таких больных было $28 \pm 4,01$ (им всем проводилось ЛМБ). У остальных пациентов в 3-й группе, при оценке результатов адаптированной русскоязычной версии опросника Освестри (ODI-RU), где симптомы радикулопатии сочетались с дисфункцией КПС, улучшения показателей ограничения жизнедеятельности в период терапии были выявлены незначительно ($n=39 \pm 1,1$; $p>=0,35$). Преобладание симптомов поражения корешка у больных 3-й группы, предопределило коррективы в изменение схемы и тактики лечебных мероприятий. **Заключение:** Комбинированное лечение больных с дисфункцией КПС, включая известные методы МТ, будет успешным, при условии корректной мануальной и инструментальной диагностики, обусловленных дискогенным поражением и патологией КПС, где значение последнего порой недооценивается. В нашем исследовании, положительный результат терапии в условиях радикулопатии предполагал сочетание МТ и ЛМБ зоны КПС.

kko.72@mail.ru Кузьминов Кирилл Олегович

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОМ КОМПЛЕКСЕ HAVILEST С БЕСКОНТАКТНЫМ СЕНСОРОМ MICROSOFT KINECT ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРРЕНКУРА У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

*Лобанов А.А.¹, Андронов С.В.¹, Гришечкина И.А.², Попов А.И.²,
Рачин А.П.², Ерёмушкин М.А.², Терентьев К.В.³*

*¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России,
Центр биоэлементологии и экологии человека, Москва, Россия*

²ФГБУ «НМИЦ реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

*³ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им.
М.Ф. Владимирского», Москва, Россия*

Избыточная масса и ожирение тела является многофакторным мультисистемным заболеванием, которую Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) еще в 1997 г. объявила глобальной эпидемией. В России, не менее 30% трудоспособного населения России имеют избыточную массу тела. Только использование физических нагрузок, как неотъемлемой (базисной) части лечения ожирения и поддержания, достигнутой в процессе лечения массы тела, способно достичь стойкого и длительного лечебного результата, а также значимых изменений в строении тела (соотношения жировой /безжировой массы тела). Терренкур –лечебная ходьба – метод санаторно-курортного лечения, который сочетает в себе климатотерапию и лечебную физкультуру. Одной из проблем при физических нагрузках у лиц с ожирением является затруднение, испытываемое этими лицами в процессе выполнения физических нагрузок вследствие нарушения паттерна ходьбы из-за дисбаланса мышечных цепей, в том числе тазового региона, шейного отдела, что снижает выносливость и приверженность занятиям физической культурой.

В результате исследования выявлено, что в группе воздействия (Терренкур) демонстрировали более низкие значения показателей «общий жир», «метаболический возраст», «базовая калорийность» по сравнению с исходными результатами и группой контроля; в группе воздействия (Терренкур) выявлено уменьшение отклонения центра проекции оси тела от должной оси, процент несоответствия должным колебаниям недоразгибания стопы. Данные изменения способствовали устранению ограничений при прохождении терренкура. и как результат, повышению комплайнса пациентов при занятиях терренкуром.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОГРАММЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ

Ким А.А., Данилов Ал.Б.

*Кафедра нервных болезней ИПО ФГАОУ ВО Первый Московский Государственный
Медицинский Университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва*

Боль в спине является актуальной и важной проблемой клинической медицины. Ограничивая функциональную активность, она снижает качество жизни пациентов, а при длительном персистировании сопровождается психоэмоциональными расстройствами более чем у 50% больных.

Современные методологии лечения хронической неспецифической боли в спине базируются на данных систематических обзоров рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), а также метаанализов, которые систематизируют и обобщают результаты и используются как актуальный источник информации для принятия клинических решений, планирования исследований и разработки клинических рекомендаций во всех направлениях медицины, в т.ч. и в области болевых синдромов. Современные методологии лечения хронической неспецифической боли в спине предполагают применение специальных мультимедицинских программ, в основе которых лежит биопсихосоциальный подход, включающий индивидуальный подход к выработке плана лечения, групповой формат занятий, мультимедицинский командный стиль работы, интенсивный режим занятий. Развитие мультимедицинских программ для лечения хронической неспецифической боли в спине обусловлено многофакторностью причин, влияющих на болевые ощущения, их целью является

восстановление физических, психологических и социальных возможностей пациентов посредством их активного участия в лечении. Существует ряд факторов, влияющих на успех лечения хронической неспецифической боли в спине, которые должны обязательно учитываться в проводимых мультидисциплинарных программах:

1. образование пациента;
2. включение пациента в процесс лечения;
3. сдвиг когнитивной парадигмы;
4. изменение восприятия боли и её последствий;
5. ощущение контроля над болью;
6. положительные эмоции.

Лечение хронической неспецифической боли в спине, в рамках мультидисциплинарного подхода, позволяет интегрировать возможности различных медицинских дисциплин и методов лечения для решения данной проблемы. Понятие мультидисциплинарной помощи предусматривает скоординированную работу специалистов разных медицинских специальностей, которые объединяют свои возможности в направлении решения общей проблемы. Мультидисциплинарный подход предполагает больше, чем сумма из компетенции отдельных членов команды, оно определяет формирование междисциплинарного сообщества, объединенного общей целью, посредством которого наиболее полноценно решаются проблемы хронической боли. Специалисты, в рамках мультидисциплинарного подхода, занимаются лечением пациента с болью параллельно и в тесном сотрудничестве, а не последовательно. К работе активно привлекают физиотерапевтов, эрготерапевтов, социальных работников и психологов и реализуется на вторичном и третичном уровнях медицинской помощи, включает ежедневные комплексы упражнений, разработанные для небольших групп из 4–8 пациентов. Проводятся сеансы интенсивных занятий в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией, а в ряде случаев – эргономические и социальные мероприятия на рабочем месте пациента. Такие интенсивные программы предназначены для пациентов с хронической неспецифической болью в спине, приводящей к существенным профессиональным и социальным ограничениям [20-21].

Ряд рандомизированных клинических исследований (Norlund A. At al. 2009, Selter A. At al. 2018, Olason M. at al. 2018) подтвердили, что комплексные мультидисциплинарные программы являются наиболее эффективным подходом к лечению хронической неспецифической боли в спине по сравнению со стандартной терапией. Современные клинические рекомендации Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации, Российского общества по изучению боли (РОИБ), Европейского общества терапевтов первичного звена, Канадского общества мануальных терапевтов при хронической неспецифической боли в спине включают мультидисциплинарные программы лечения, как наиболее эффективную методологию ведения пациентов рассматриваемой категории.

Таким образом, современная эффективная терапия хронической неспецифической боли в спине должна включать мультидисциплинарные программы, позволяющие повысить приверженность пациента лечению и профилактическим мероприятиям, а также ускорить компенсацию имеющихся неврологических расстройств.

Сведения об авторе:

Ким Алина Александровна – аспирант кафедры нервных болезней ИПО ФГАОУ ВО Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОРЕФЛЕКТОРНЫХ МЕТОДОВ НА ВЕГЕТАТИВНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ШЕЙНОГО РЕГИОНА

Тян В.Н., Александров В.И.
Кафедра неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии
ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, г. Москва

Достаточный уровень вегетативного обеспечения на сегментарном уровне является одним из важных условий сохранения адекватной церебральной перфузии (Folkow В., Neil E., 1981, Цырлин В.А., 2003, Рождественский А.С., 2005, Филимонов В.А., 2009). При наличии экстравазальных причин раздражения симпатического сплетения позвоночных артерий (ПА) и/или компрессии ПА, вен и нервов шеи, возможны не только изменения кровообращения в вертебробазиллярной системе (ВБС), но и нарушения проводимости по постганглионарным нервным волокнам с развитием сегментарных вегетативных реакций (Гойденко В.С., Тянь В.Н., Бойцов И.В., 2003-2014).

Цель исследования: совершенствование комплексного лечения при расстройствах кровообращения в вертебробазиллярной системе.

Материал и методы. В соответствии с целями и задачами настоящей работы было проведено обследование и лечение 442 больных с различными характером расстройств кровообращения в ВБС, в возрасте от 18 до 65 лет (310 женщин и 132 мужчин). Средний возраст больных составил $47,3 \pm 11,8$ лет. Все больные на этапе отбора прошли клинико-инструментальное обследование с целью верификации диагноза. В зависимости от выраженности неврологической симптоматики все больные были разделены на четыре группы. При оценке симпатического обеспечения шейного региона методом динамической сегментарной диагностики (ДСД-тестирования) были получены следующие результаты:

Средние показатели интенсивности кожных симпатических реакций у больных с расстройствами кровообращения в ВБС (Mean \pm SD)

Средние показатели КСР шейного региона	1 группа (n=75)	2 группа (n=108)	3 группа (n=198)	4 группа (n=61)
1. КСР (мкА)	159,22 \pm 8,13	115,15 \pm 5,73*	91,66 \pm 6,81*#	65,27 \pm 8,90*##

* различия значимы в сравнении с данными 1 группы (p<0,05)

различия значимы в сравнении с данными 2 группы (p<0,05)

различия значимы в сравнении с данными 3 группы (p<0,05)

Анализ данных таблицы свидетельствует о повышении интенсивности кожных симпатических реакций (КСР) в паравертебральных кожных зонах, по-видимому, вследствие усиления симпатoadреналового воздействия и раздражения невралных структур соответствующих позвоночно-двигательных сегментах (ПДС) в 1 группе больных, имеющих преимущественно рефлекторный тип поражений. В то время, как уменьшение интенсивности КСР, при ДСД-тестировании паравертебральных зон, обусловлено снижением нервно-трофического обеспечения в заинтересованном ПДС на фоне угнетения или частичной дегенерации невралных структур у пациентов 2, 3 и 4 групп, имеющих преимущественно корешково-компрессионный тип поражений шейного отдела позвоночника (ШОП). В зависимости от методов лечения больные в каждой группе были разделены на основную и контрольную подгруппы. Все пациенты основных подгрупп получали комплексное лечение, включающее рефлексотерапию и биодинамическую коррекцию позвоночника, в контрольных подгруппах больные получали только стандартную терапию.

Результаты и обсуждение. На основании проведенных исследований установлено, что в 1 группе, основной подгруппе больных, динамика понижения показателей интенсивности КСР к 10 процедуре составила 10,7%, в контрольной подгруппе соответственно – 4,7%. Значения регионального показателя (РП) в основной и контрольной подгруппах, в процессе лечения, оставались в пределах нормы. Во 2 группе, основной подгруппе больных, динамика повышения показателей интенсивности КСР к 10 процедуре составила 16,4%, а в контрольной подгруппе – 9,6%. Это указывало на выраженное улучшение проводимости вегетативных нервных волокон спинномозговых нервов ШОП и улучшение симпатического обеспечения тканей в области соответствующих ПДС ШОП в основной подгруппе больных. В основной подгруппе 3 группы больных отмечена динамика повышения показателей интенсивности КСР на 16,4%, что свидетельствовало об улучшении проводимости вегетативных нервных волокон спинномозговых нервов ШОП и усилении симпатического влияния на ткани соответствующих ПДС ШОП. В контрольной подгруппе динамика повышения показателей интенсивности КСР составила 9,6%. После лечения региональный показатель в основной подгруппе больных достигал границ легкой степени снижения симпатического обеспечения, тогда как в контрольной подгруппе значения РП оставались в пределах границ средней степени снижения симпатического обеспечения тканей ПДС. В основной подгруппе 4 группы больных динамика повышения интенсивности КСР составила 51,4%. При этом, в контрольной подгруппе, интенсивность КСР практически не изменялась. Региональный показатель, в основной подгруппе больных, после лечения, достигал границ средней степени снижения симпатического обеспечения, в то время как в контрольной подгруппе оставался в пределах тяжелой степени снижения симпатического обеспечения.

Выводы.

1. Расстройства кровообращения в вертебробазилярной системе сопровождаются ухудшением вегетативного обеспечения тканей позвоночно-двигательных сегментов шейного региона, что проявляется снижением интенсивности кожных симпатических реакций в паравертебральных зонах.

2. Включение рефлексотерапии и биодинамической коррекции позвоночника в комплексную терапию расстройств кровообращения в вертебробазилярной системе позволяет улучшить вегетативное обеспечение шейного региона, что приводит к улучшению кровоснабжения базальных отделов головного мозга и регрессу нейропатологических синдромов.

Сведения об авторе:

Тян Виктория Николаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО РМАНПО

тел: 8-915-155-54-43

e-mail: vmt33@mail.ru

РОЛЬ АКТИВАЦИИ ФИЗИЧЕСКОЙ МЫШЕЧНОЙ НАГРУЗКИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЕВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРРЕНКУРА В СТАБИЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ЭФФЕКТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОГОДНЫХ УСЛОВИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Яковлев М.Ю., Бобровницкий И.П., Фесюн А.Д., Парфёнов А.А., Вальцева Е.А., Гришечкина И.А., Никитин М.В., Павловский С.А.
ФГБУ «Национальный исследовательский медицинский центр реабилитации и курортологии»
Минздрава России

Ожирение (избыточная масса тела) является широко распространённым многофакторным мультисистемным заболеванием, ассоциированным с высокой частотой сердечно-сосудистых заболеваний. Дозированные физические нагрузки являются основным лечебным мероприятием. Сочетание тренировок с климатотерапией (терренкур) кумулирует лечебный эффект. Однако, необходимо учитывать внешние метеорологические условия и метеотропные реакции, возникающие у пациента, которые могут нивелировать достигнутый лечебный эффект.

Цель работы – повысить эффективность и безопасность применения терренкура в лечении пациентов с избыточной массой тела с помощью цифровой технологии биоклиматического прогнозирования и микроклиматического зонирования.

Материал и методы: выполнена оценка биоклиматического потенциала Краснодарского края и микрозонирования территории расположения санаторно-курортного комплекса «Вулан». Проведено вербально-коммуникативное обследование 735 пациентов санаторно-курортного комплекса «Вулан» с применением «Способа оценки метеочувствительности человека» (Патент № 2736612 С1 от 19.11.2020). На основании полученных с метеостанций г. Геленджик, Новороссийск, Краснодар и санаторно-курортного комплекса «Вулан» впервые для данной местности построена модель риска развития гипертонического криза.

Результаты: Установлено, что макроклиматические характеристики на территории Краснодарского края в течение года варьируют в широком диапазоне, что обусловлено физико-географическими особенностями положения региона, а именно: резким переходом от континентального сухого климата на Тамани и на границе со Ставропольским краем до умеренно-континентального Прикубанской низменности, от холодного климата высокогорий до субтропического на Черноморском побережье. На основании полученных метеоданных построена модель риска развития гипертонического криза. Получена формула бинарной логистической регрессии, которая позволяет прогнозировать дни с повышенным риском развития гипертонического криза и давать индивидуальные рекомендации пациентам с ожирением по выполнению физических тренировок и по выбору маршрута терренкура исходя из результатов проведенного микроклиматического зонирования.

Анализ субъективной оценки метеочувствительности показал, что у пациентов с избыточной массой тела в 95,5% случаев отмечаются проявления метеопатических реакций, которые имеют следующий характер: головная боль (59,49%), повышение артериального давления (47,03%), слабость, снижение активности (42,49%), сонливость (41,36%), боли в области суставов (40,51%). Установлены ассоциативные связи степени тяжести метеопатии с наличием большего числа сопутствующих заболеваний ($\chi^2=20,83, p<0,01$).

Заключение: Методики коррекции повышенной метеочувствительности с применением терренкура с учетом биоклиматических характеристик погодных условий в период пребывания на курорте у пациентов с ожирением позволяют корректировать возникающие погодо-обусловленные реакции, и следовательно поддерживать и усиливать достигнутый лечебный эффект.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ СИСТЕМЕ

Тян В.Н.

*Кафедра неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии
ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования, г. Москва*

Актуальность. Перспективным направлением научной деятельности по проблемам сосудистой патологии головного мозга является изучение патогенеза различных форм сосудистой недостаточности, совершенствование диагностики церебральной ишемии, разработка и внедрение новых методов исследования изменений церебрального кровотока, разработка эффективных методов медикаментозной и немедикаментозной терапии (Гусев Е.И., Скворцова В.И., 2001). Несмотря на то, что применение методов мануального лечения патогенетически обосновано, все же существует высокий риск развития осложнений у данной категории пациентов. Поэтому, для клинической практики мануальных терапевтов, особое значение имеют предикторы развития цереброваскулярных расстройств в вертебробазилярной системе, позволяющие не только обосновано проводить отбор больных для проведения мануального лечения, но и предотвратить нежелательные последствия.

Цель исследования: определить предикторы цереброваскулярных расстройств в вертебробазилярной системе.

Материал и методы. В неврологических отделениях ГКБ им. С.П. Боткина было пролечено 442 больных с различным характером цереброваскулярных нарушений в вертебробазилярной системе (ВБС). Для решения задач настоящей работы все больные были разделены на четыре группы:

первая группа - 75 больных (46 женщин и 29 мужчин) с дисциркуляторной энцефалопатией I стадии и заднешейным симпатическим синдромом;

вторая группа - 108 больных (76 женщин и 32 мужчин) с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии.;

третья группа - 198 больных (142 женщины и 56 мужчин) с транзиторными ишемическими атаками в ВБС;

четвертая группа - 61 больной (46 женщин и 15 мужчин) с ишемическим инсультом в ВБС (восстановительный период)

Наряду с клинико-неврологическим и инструментальным обследованием, всем больным проводилась мануальная диагностика в начале и в конце лечения. Оценку выраженности болевого синдрома проводили по шкале ВАШБ.

В последние годы разработан и успешно применяется метод динамической сегментарной диагностики (ДСД), который предназначен для функциональной оценки состояния сегментарных отделов симпатической нервной системы посредством тестирования интенсивности кожных симпатических реакций (КСР) в паравертебральных сегментарных зонах шейного отдела позвоночника. Для общей оценки вегетативного обеспечения шейного региона наиболее информативным показателем является региональный показатель (РП) вегетативного обеспечения шейного отдела позвоночника (ШОП) (Бойцов И.В. 2016).

Результаты и обсуждение.

Анализ результатов мануальной диагностики свидетельствует, что наибольшее количество функциональных блокад позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) в I группе приходилось на сегменты С0-С1-С2, С6-С7. Причем, ротация С1-С2 отмечена у преобладающего большинства больных – 65(85,6%), а различного вида смещения тел позвонков наблюдали преимущественно в верхнешейном отделе у 27(36%) больных. У больных этой группы чаще диагностировали блокады II степени подвижности по А. Stoddart. Патогномичным для функциональных блокад верхнешейного отдела было наличие болезненности в области выйной связки при сгибании головы вперед и наличие болезненной точки в области боковой массы атланта на стороне заблокированного ПДС. Характерным для этой группы больных было сочетание гипермобильности в краниоцервикальной зоне с наличием функциональных блокад II степени подвижности в цервикоторкальном переходе. Следует отметить, что, по данным функциональной рентгенографии, у 23(30,6%) больных отмечена нестабильность С2-С3 ПДС. Болевой синдром диагностирован у 71(94,6%) больных. Средние значения по шкале ВАШБ составили $7,1 \pm 1,8$ баллов. Данные ДСД - тестирования, проведенного в I группе больных, свидетельствовали о повышении показателей интенсивности КСР, при этом РП ШОП составил 145,08 мкА для основной и 146,04 мкА для контрольной подгрупп, что было обусловлено преимущественно ирритацией периваскулярного симпатического сплетения ПА и характерно для рефлекторного типа

поражений. Анализ K_i (коэффициент отклонения в области позвоночно-двигательного сегмента), рассчитанных для кожных проекций различных ПДС ШОП, свидетельствовал о нормальном симпатическом обеспечении исследуемых тканей.

Во 2 группе чаще всего определяли функциональные блокады ПДС на уровнях С0-С1, С1-С2, С2-С3, С5-С6, С6-С7, преимущественно I и II степеней подвижности по А. Stoddart. Гипермобильность (IV степень подвижности по А. Stoddart) в С2-С3, С3-С4, С4-С5 ПДС чаще всего сочеталась с «жестким» функциональным блокированием 0 и I степеней верхнешейных и нижнешейных сегментов. Ротация тела С2 позвонка определили у 89(82,4%) больных. Смещения позвонков диагностировали на уровнях С2-С3, С3-С4, С4-С5, С5-С6 у 63(58,3%) больных. При этом, нестабильность этих сегментов рентгенологически подтверждена у 12(11,1%) больных. Болевой синдром диагностировали у 92(85,1%) больных. Средние значения по шкале ВАШБ составили $5,6 \pm 1,5$ балла. Сочетание нескольких рефлекторных синдромов отмечали у 77(71,2%) больных 2 группы. Характерным для этой группы было наличие функциональных блокад ПДС 0, I и II степеней подвижности в ключевых переходных зонах: краниоцервикальной и цервикоторакальной. Данные ДСД тестирования, проведенные во 2 группе больных, свидетельствовали о легком снижении интенсивности КСР преимущественно в верхнешейных и нижнешейных ПДС, при этом РП ШОП составил 115,75 мкА для основной подгруппы и 114,50 для контрольной подгруппы. Значения K_i находились в пределах границ угнетения симпатического обеспечения легкой степени выраженности для соответствующих ПДС.

В 3 группе пациентов диагностировали многоуровневые блокады ПДС. У 40(20,2%) больных функциональные блокады средне- и нижнешейного уровня 0, I и II степеней подвижности по А. Stoddart сочетались с гипермобильностью ПДС (IV степень подвижности ПДС по А. Stoddart) на верхнешейном уровне. У 158(79,7%) пациентов функциональные блокады верхне- и нижнешейного уровней 0, I и II степеней подвижности по А. Stoddart сочетались с гипермобильностью ПДС на среднешейном уровне. По данным функциональной рентгенографии у 85(42,9%) больных определена нестабильность верхне- или среднешейного отделов. Ротация тела С2 позвонка определена у 176(88,8%) больных. Смещения тел позвонков диагностированы в С2-С3, С3-С4, С4-С5, С5-С6 сегментах у 162(81,8%) больных. Болевой синдром диагностировали у 194(97,9%) больных. Средние значения по шкале ВАШБ составили $6,6 \pm 1,7$ баллов. В 3 группе больных наблюдали сочетание рефлекторных, компрессионно-ирритативных сосудистых, корешковых и спинальных синдромов. Характерным для этой группы было наличие многоуровневых функциональных блокад ПДС ШОП преимущественно 0, I и II степеней блокирования. Результаты ДСД тестирования в 3 группе больных, с проходящими цереброваскулярными расстройствами в ВБС, свидетельствовали о снижении интенсивности КСР во всех ПДС ШОП, при этом РП ШОП составил 93,66 мкА для основной подгруппы и для контрольной подгруппы. Значения K_i в верхнешейных отделах позвоночника указывали на угнетение симпатического обеспечения тканей соответствующих ПДС легкой степени выраженности, в нижнешейных отделах – умеренной степени выраженности.

В 4 группе больных также диагностировали многоуровневые функциональные блокады ПДС преимущественно 0 и I степеней подвижности. Гипермобильность была определена всего у 4(6,4 %) на уровне С3-С4. По данным функциональной рентгенографии у 2(3,2%) больных на уровне С3-С4 ПДС диагностировали нестабильность. Ротация тела С2 позвонка определена у 60(98,3%) больных. Смещения тел позвонков определили преимущественно на С2-С3, С3-С4, С4-С5, С5-С6 уровнях. Для болевого синдрома у 52(85,2%) больных 4 группы была характерна умеренная интенсивность. Средние значения по шкале ВАШБ составили $4,2 \pm 1,3$ балла. Клиническая картина характеризовалась сочетанием рефлекторных, компрессионных синдромов и спинальных синдромов. Характерным для этой группы было наличие многоуровневых функциональных блокад ПДС преимущественно 0 и I степеней подвижности по А. Stoddart. Результаты ДСД тестирования в 4 группе больных в восстановительном периоде ишемического инсульта в ВБС свидетельствовали о снижении интенсивности КСР преимущественно в верхне- и нижнешейных отделах, при этом РП ШОП составил 62,41 подгруппах, до лечения, значения K_i в верхнешейных отделах позвоночника демонстрируют угнетение симпатического обеспечения тканей соответствующих ПДС легкой степени выраженности, в нижнешейных отделах – умеренной степени выраженности.

Для определения предикторов развития цереброваскулярных расстройств в ВБС проведен множественный регрессионный анализ. С целью построения качественной статистической модели было проведено объединение больных в две группы в зависимости от характера сосудистых расстройств. В группу с хронической недостаточностью кровообращения в ВБС (стадия 1) вошли 183 пациента (122 женщины и 61 мужчина). В группу с острыми расстройствами в ВБС (стадия 2) вошли 259 больных (188 женщин и 71 мужчина). В обобщенную группу вошли больные обеих групп.

В процессе исследования было установлено, что на величину регионального показателя, отражающего средний уровень КСР ШОП влияют следующие показатели, претендующие на роль

предикторов развития ЦВР в ВБС: выраженность болевого синдрома, степени подвижности ПДС по А. Stoddart в верхнешейном, среднешейном и нижнешейном отделах позвоночника.

Выводы:

1. Мануальная диагностика значительно дополняет данные клинико-неврологического и инструментального обследования, имеет большое значение в выработке тактики консервативного комплексного лечения.

2. При сочетании дисциркуляторной энцефалопатии I стадии с заднешейным симпатическим синдромом регистрируется легкая степень усиления вегетативного обеспечения ШОП (146-155 мкА); при дисциркуляторной энцефалопатии II стадии регистрируется легкая степень снижения вегетативного обеспечения ШОП (105-119 мкА); при транзиторных ишемических атаках в вертебробазиллярном бассейне регистрируется средняя степень снижения вегетативного обеспечения ШОП (74-104 мкА); при острых нарушениях мозгового кровообращения в вертебробазиллярном бассейне регистрируется тяжелая степень снижения вегетативного обеспечения ШОП (менее 74 мкА).

3. Установлено, что дополнительными предикторами развития цереброваскулярных расстройств в вертебробазиллярном бассейне являются уровень симпатического обеспечения шейного региона, степень подвижности позвоночно-двигательных сегментов по А. Stoddart и выраженность болевого синдрома, обусловленного дегенеративно-дистрофическими процессами позвоночника.

Сведения об авторе:

Тян Виктория Николаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО РМАНПО

тел: 8-915-155-54-43

e-mail: vmt33@mail.ru

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИК МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СПЕКТРА ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ

*Хайбуллина Д.Х., Максимов Ю.Н.
Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, кафедра неврологии*

Актуальность проблемы

Заболевания спектра гипермобильности (ЗСГ) – актуальная проблема современной медицины. Клинические проявления ЗСГ весьма многообразны и включают в себя изменения практически со стороны всех органов и систем, что сопровождается ухудшением качества жизни. Одним из значимых проявлений ЗСГ являются скелетно-мышечные боли (СМБ), связанные как с нарушениями со стороны осевого скелета, так и с нарушениями со стороны мышечной системы [1-3]. Единого подхода к вопросам лечения СМБ у данной категории больных нет.

Цель работы: оценить эффективность мануальной терапии в лечении СМБ у пациентов с ЗСГ.

Материал и методы исследования. Обследовано и проведено лечение 100 пациентов в возрасте 18-55 лет, средний возраст составил 32,7+/-0,8 лет, обратившихся за медицинской помощью с жалобами на обострение хронической СМБ. У всех пациентов была диагностирована ЗСГ. Пациенты из основной (50 человек) и контрольной (50 человек) групп получали лечение по общепринятым методикам, куда входили медикаментозная терапия, физиотерапия, массаж и ЛФК по стандартным схемам. Больным основной группы, кроме того, проводилась дифференцированная мануальная терапия, включавшая воздействие на заблокированные суставы и миофасциальные триггерные зоны (МФТЗ) [4], а также проводилась коррекция двигательного стереотипа и двигательного режима.

Результаты исследования и их обсуждение

Наличие выраженного локального отека и болевого синдрома, в большинстве случаев, делает практически невозможным применение приемов мануальной терапии на первом этапе лечения. Но, если

пациенты обращались за помощью в течение первых нескольких часов от начала обострения, до развития отека периартикулярных тканей, была возможность проведения сеанса мануальной терапии, в результате которого снималась патогенирующая функциональная блокада. В остальных случаях, лечение начиналось с иммобилизации пораженного отдела позвоночника. Одновременно назначались противоотечные средства и нестероидные противовоспалительные препараты. После устранения отека периартикулярных тканей проводилась мануальная терапия. Задачей мануальной терапии являлось устранение выявленных патобиомеханических проявлений с восстановлением нормальной подвижности в ПДС, КПС и, при необходимости, в периферических суставах. Из многочисленных приемов мануальной терапии нами отдавалось предпочтение мягкотканевым и мобилизационным техникам, но при необходимости использовались и специфические артикуляционные приемы. Одновременно проводилась работа по коррекции двигательного стереотипа, целью которой являлось обеспечение естественного соотношения постуральных и локомоторных функций опорно-двигательного аппарата.

Устранение патогенирующей функциональной блокады приводило к быстрому регрессу клинической симптоматики. В основной группе длительность обострения СМБ составила от 1 до 5 дней, в контрольной группе - от 3 до 14 дней. Последующее назначение противорецидивного курса лечения, в который входили биостимуляторы, коллагеностимуляторы, витамины с микроэлементами, массаж, физиотерапия, а также лечебная гимнастика с целью коррекции статического и динамического компонентов двигательного стереотипа, в большинстве случаев позволяло избежать рецидивов. Диспансерное наблюдение проводилось с частотой 2 раза в год.

Катамнестические наблюдения за пациентами основной и контрольной групп в течение 3-х лет позволили сделать следующие выводы. В основной группе частота рецидивов хронической СМБ оказалась достоверно меньше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Показательной является также и динамика выраженности болевого синдрома. Так, в основной группе жалобы на боль предъявляли лишь 24,0% пациентов. В контрольной же группе аналогичные жалобы сохранялись у всех больных (100,0%), причем степень выраженности боли была значительно выше, чем у пациентов основной группы – 4 и 2 балла по ВАШ боли соответственно. Выраженность вертебрального синдрома также была выше у пациентов контрольной группы. Миофасциальный синдром в основной группе был представлен наличием латентных МФТЗ в мышцах заинтересованного региона, в контрольной же группе у 36,0% пациентов выявлялись активные МФТЗ.

Выводы:

1. Целесообразно включать в схемы лечения хронической СМБ у пациентов с ЗСГ методики мануальной терапии.
2. Предпочтение должно отдаваться мягкотканевым, мобилизационным и специфическим артикуляционным техникам мануальной терапии.
3. Комплексный подход, включающий медикаментозную и немедикаментозную терапию, позволяет снизить частоту рецидивов СМБ.

Список литературы

1. Арсентьев В.Г. Наследственные заболевания соединительной ткани как конституциональная причина полиорганных нарушений у детей: монография / В. Г. Арсентьев, В. С. Баранов, Н. П. Шабалов. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. – 231 с.
2. Румянцева В.А. Клиническое и генетическое разнообразие наследственных дисплазий соединительной ткани / В. А. Румянцева, Е. В. Заклязьминская // Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал им. акад. Б.В. Петровского, 2015. – № 2. – С. 5–17
3. Хайбуллина Д.Х., Максимов Ю.Н., Хайбуллина А.Р., Мансуров Д.М. Боль в спине и синдром гипермобильности суставов (клиническая характеристика) // Российский журнал боли. – 2019. – Т. 17. – № S1. – С. 66.
4. Сафиуллина А.А., Хабилов Ф.А., Черепнев Г.В., Сафиуллина Г.И., Якупов Р.А. Особенности дифференцированного подхода к терапии миофасциального болевого синдрома // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2021. – Т. 15. – № 5. – С. 64-70. – DOI 10.24412/2075-4094-2021-5-3-3.

ИСХОДНЫЙ ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТОНУС КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ СИСТЕМЕ

Тян В.Н

*Кафедра неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», г. Москва*

Современные научные исследования убедительно демонстрируют взаимосвязь между вертеброгенной патологией и развитием цереброваскулярной недостаточности (Н.В. Верещагин, 1980, Красноярова Н.А., 1995, Михайленко А.А. и соавт, 1997, Скоромец А.А., 1997, Лобзин С.В., 2001, Жулев Н.М., 2004, Кандыба Д.В., 2007, Гойденко В.С., 2016 и др.).

Состояние сегментарного симпатического отдела вегетативной нервной системы находится под контролем надсегментарных образований, локализующихся, в ретикулярной формации ствола мозга, в мозжечке, гипоталамусе, лимбической системе и в коре больших полушарий, осуществляющих взаимодействие между ядерными и корковыми образованиями спинного и головного мозга (Орлов Р.С. с соавт., 2009). Ослабление этого контроля может приводить к изменению активности симпатических волокон и нарушению нейрогенных механизмов регуляции тонуса сосудов головного мозга. Отражением функциональной активности надсегментарных вегетативных центров является исходный вегетативный тонус (ИВТ) (Вейн А.М., 2003).

Под вегетативным (исходным) тонусом мы понимаем более или менее стабильные характеристики состояния вегетативных показателей в период «относительного покоя», т.е. расслабленного бодрствования. В обеспечении тонуса активно участвуют регуляторные аппараты, поддерживающие метаболическое равновесие, соотношение между симпатической и парасимпатической системами (Вейн А.М., 2003).

Следовательно, степень выраженности нарушений ИВТ может служить косвенным признаком состояния функциональной активности надсегментарных структур вегетативной нервной системы и позволит оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий у больных рассматриваемой категории. Исследования на здоровых людях показали, что физиологические пределы показателя исходного вегетативного тонуса (ИВТ) составляют 50-125 мкА. Показатели ИВТ менее 35 мкА расценивались как низкий показатель, ИВТ 36-49 мкА - незначительное снижение, ИВТ 50-125 – физиологическая норма, ИВТ 126-149 мкА – незначительное повышение, ИВТ выше 150 – высокий показатель (Бойцов И.В., 2005-2014).

Цель исследования: Оценить состояние исходного вегетативного тонуса способом динамической сегментарной диагностики в процессе комплексной терапии больных с расстройствами кровообращения в вертебробазилярной системе.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели было обследовано и пролечено 137 больных (91 женщина и 46 мужчин) с расстройствами кровообращения в вертебробазилярной системе. Средний возраст больных составил 49±6,5 лет. Средняя продолжительность болезни 12±3,5 лет. Всем больным было проведено клинично-неврологическое исследование, включающее исследование болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШБ), мануальная диагностика по классической методике К. Lewit (1998). Инструментальные методы обследования включали рентгенологические методы, магнитно-резонансную томографию (МРТ) шейного отдела позвоночника (ШОП), ультразвуковые методы брахиоцефальных сосудов (УЗДС БЦС), подтверждающими вертеброгенный характер поражения. В исследование не включали больных со стенозирующими процессами БЦС. Кроме того, всем больным была проведена динамическая сегментарная диагностика (ДСД) с оценкой ИВТ. Исследование проводили при помощи компьютерного комплекса «ПОСТ-12.2» (Российская Федерация, Сертификат соответствия № РОСС RU.ИМ02.В09845; Регистрационное удостоверение МЗ РФ № 29/23030700/2834-02).

Заднешейный симпатический синдром был диагностирован у 75 больных (49 женщин и 26 мужчин), а дисциркуляторная энцефалопатия II стадии была установлена у 62 больных (48 женщин и 14 мужчин). В зависимости от вида проводимого лечения все пациенты были разделены на основную (72 больных) и контрольную (65 больных) группы. В комплексное лечение основной группы включали рефлексотерапию и биодинамическую коррекцию позвоночника, в контрольной группе проводили только стандартную медикаментозную терапию.

ДСД позволяла определить функциональную активность высших надсегментарных

вегетативных центров посредством регистрации ответных реакций со всех кожных сегментов, используемых для оценки ИВТ на фоне низкоуровневой стимуляции электрическим током нервных рецепторов кожных сегментов в месте приложения активного электрода. Для раздражения кожных рецепторов использовался постоянный электрический ток напряжением 6-21 В и силой тока при замкнутых электродах 150-250 мкА. Такие параметры тока являются оптимальными для тестирования КСР. Показатель ИВТ представляет собой среднеарифметическую величину всех сегментарных показателей вегетативного обеспечения деятельности (ВОД) (Бойцов И.В., 2010).

Результаты и их обсуждение.

На основании проведенных исследований можно утверждать, что одним из механизмов снижения интенсивности мозгового кровотока при заднешейном симпатическом синдроме является нарушение вегетативной регуляции тонуса сосудов головного мозга вследствие раздражения периартериального симпатического сплетения позвоночной артерии, обусловленного рефлекторными мышечно-тоническими синдромами шейно-затылочной области. Повышение ИВТ при заднешейном симпатическом синдроме отражает, по-видимому, функциональную напряженность надсегментарных вегетативных структур. Снижение церебрального кровотока при дисциркуляторной энцефалопатии II стадии обусловлено преимущественно вертеброгенной компрессией позвоночных артерий и приводит к постепенному снижению функциональной активности центральных вегетативных образований, что сопровождалось соответствующим снижением показателей ИВТ. Наличие у больных с расстройствами кровообращения в вертебробазилярной системе нарушений венозного оттока из полости черепа, обусловленных дегенеративно-дистрофическими поражениями ШОП, приводит к дисциркуляторным расстройствам и дополнительно нарушает работу высших вегетативных центров – гипоталамуса и лимбической системы.

Таким образом, определение исходного вегетативного тонуса методом динамической сегментарной диагностики позволяет оценить функциональную активность надсегментарного отдела вегетативной нервной системы в процессе комплексной терапии больных с расстройствами кровообращения в вертебробазилярной системе.

Выводы:

1. Динамическая сегментарная диагностика позволяет проводить оценку показателей исходного вегетативного тонуса.
2. Степень выраженности нарушений исходного вегетативного тонуса по результатам ДСД-тестирования отражает функциональную активность надсегментарных структур вегетативной нервной системы.
3. Динамическое определение показателей исходного вегетативного тонуса позволяет оценить эффективность комплексного лечения больных с расстройствами кровообращения в вертебробазилярной системе.

Сведения об авторе:

Тян Виктория Николаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО РМАНПО
тел: 8-915-155-54-43
e-mail: vmt33@mail.ru

«К ВОПРОСУ О ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА»

Минахин А.А.

«Андреевские больницы. Медцентр «НЕБОЛИТ». Президент МПОМТ

Височно-нижнечелюстной сустав(ВНЧС), как известно сустав парный, «коромысельного» типа. Значимость данного сустава трудно переоценить. Он выполняет очень важные функции: - жевательная

-разговорная речь.

-дыхание, а так же осуществляет нейрометамерные связи(свой регион-этаж и головной мозг).

Прежде, чем говорить о патологии ВНЧС или некоторых нарушениях данного сустава, необходимо обозначить его структуру. 1-строение: нижняя челюсть и височная кость, а именно: суставная впадина(ямка), суставной бугорок, суставная головка, внутрисуставной диск(двояковогнутый мениск), капсула с внутрикапсулярными и внекапсулярными связками; 2-мышцы: жевательная, латерально-крыловидная(верхняя порция), латерально-крыловидная(нижняя порция), медиальная крыловидная, щёчная мышца; 3-кровоснабжение: ветви наружной СА, ветвь височной, глубокая ушная, задняя ушная, переднебарабанная, крыловидная. Вены-отток в бассейн лицевой ветви. Лимфатический отток в регионарные узлы. 4-связки: шило-нижнечелюстная, веерообразная латеральная, клиновидно-нижнечелюстная, крыловидно-остистая; 5-иннервация: щёчной-височный нерв, ветвь нижнечелюстного нерва.

Движения, которые осуществляет ВНЧС-это движение сразу с двух сторон вокруг суставных осей: вертикальной и фронтальной. Вокруг фронтальной оси НЧ движется вправо-влево. При опускании НЧ головка ВНЧС совершает движение кпереди и оказывает давление на суставной бугорок через мениск. При закрывании рта головка сустава минимально смещается кзади и давит на суставную капсулу и освобождает мениск. Что же касается боковых движений, то здесь несколько сложней траектории. При движении вправо головка левого ВНЧС с диском движется вперёд и давит на суставной бугорок, при этом в правом ВНЧС головка вращается вокруг вертикальной оси через шейку мышечного отростка. При движении НЧ влево все движения осуществляются наоборот. При опускании НЧ -сокращение парных: двубрюшных, челюстно-подъязычных и подъязычных мышц. При поднятии НЧ работают парные: височные, жевательные и медиально-крыловидные мышцы. При движении вперёд НЧ -латеральные крыловидные и передние пучки жевательных мышц. При движении НЧ назад-нижние и задние пучки височных мышц. При боковых движениях НЧ работают латеральные крыловидные с противоположной стороны.

Вообще за нормальную работу ВНЧС отвечают мышцы: шило-подъязычная, двубрюшная мышца, челюстно-подъязычная, подкожная мышца шеи, грудино-ключично-сосцевидная, трапецевидная.

Почему об этом приходится говорить? Дело в том, что любое нарушение этого или этих анатомических образований может приводить к определённым функциональным нарушениям в работе ВНЧС-дисфункциям. Сначала минимальные изменения и далее прогрессирование этих нарушений. Здесь можно говорить и о «недостаточности»сустава(дисфункции),и об артрозе и далее анкилозировании.

На работу ВНЧС или его качества влияют многие факторы, в т.ч.и мышцы данного пояса, патология ротовой полости(несвоевременная санация, отсутствие зубных единиц), воспалительные процессы, неправильная окклюзия и т.д.

Прежде, чем говорить о лечении или устранении дисфункции, необходимо четко представлять проблему, диагностировать, провести правильную дифференцировку диагноза и его верификацию.

-жалобы

-анамнез

-тестирование

-инструментальные и аппаратные исследования(R-графия,КТ,МРТ,ОПТГ).

В лечении заболеваний ВНЧС и устранении дисфункций должны принимать участие специалисты разных направлений:врачи мануальной терапии, стоматологи-терапевты, стоматологи-хирурги, стоматологи-ортопеды и ортодонты, врачи-физиотерапевты.

К врачам мануальной терапии, которые занимаются устранением дисфункций ВНЧС, к сожалению такие пациенты попадают с значительным опозданием или с запущенными случаями. Мануальная терапия направлена в первую очередь на :-восстановление функции сустава;-устранение причин, приводящих к нарушениям;-профилактика дальнейших нарушений;-тренировка ВНЧС.

Таким образом врач мануальной терапии при лечении пациентов с дисфункциями ВНЧС играет

практически одну из ведущих ролей. Манипуляции, которые проводит врач МТ, как раз и направлены на выполнение всех таких действий. Мануальную терапию целесообразно дополнять и медикаментозными средствами (НПВС, миорелаксанты, вазопротекторы, антиагреганты); ФЗТ, ИРТ, гомеопатия, ЛФК и массаж и т.д. Но все-таки ведущая роль принадлежит врачам мануальной терапии. Что касается самих манипуляций. Прежде всего врач определяет степень дисфункции или нарушение ВНЧС. Определив степень или «качества» нарушений врач проводит манипуляции по устранению этих нарушений, восстанавливая подвижность сустава. Связки, потерявшие эластичность, необходимо расслаблять и «растягивать». Манипуляции проводятся “per os” и внешним воздействием. Напряжённые мышцы также необходимо расслаблять. Связки и мышцы «слабые» возвращать к нормальному тону и тренировать. Так же и со всеми нарушениями. Но справедливости ради следует сказать, что не все нарушения подлежат лечению методами мануальной терапии. При правильной диагностике иногда следует ставить вопрос и об оперативном лечении в отделениях челюстно-лицевой хирургии.

ОПЫТ ПАРСИПАТИВНОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВОВЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УПРАЖНЕНИЯМИ.

*Ю.А. Криво * ** ***, И.Ю.Криво **

** Центр физиологии активности «Орто-Форма»*

*** Воронежское общество врачей мануальных терапевтов*

**** Представительство в Воронежской области «Межрегиональной ассоциации
общественных объединений врачей мануальной медицины»*

Аннотация. Предложен курс упражнений ортологической физической культуры, соответствующий направлению парсипативной персонализированной медицины, имеющий нейрофизиологическое основание, общее с мануальной терапией, в принципах чехословацкой, советской и российской мануальной медицины, предназначен для научения правильным формам повседневных поз стоя, сидя, лежа, ходьбе и движений руками.

Ключевые слова: мануальная терапия, парсипативный, адаптивная физическая культура.

PARSIPATIVE MANUAL THERAPY EXPERIENCE ENGAGING PATIENTS IN THERAPEUTIC ACTIVITIES THROUGH EXERCISE.

Yu.A. Krivo ** ***, I.Yu.Krivo**

** Center for Physiology of Activity "Ortho-Form"*

*** Voronezh Society of Doctors of Manual Therapy*

**** Representative office in the Voronezh region of the "Interregional Association of Public
Associations of Doctors of Manual Medicine"*

Annotation. A course of exercises of orthological physical culture is proposed, corresponding to the direction of parsipative personalized medicine, having a neurophysiological basis, common with manual therapy, in the principles of Czechoslovak, Soviet and Russian manual medicine, designed to teach the correct forms of everyday standing, sitting, lying, walking and hand movements.

Key words: manual therapy, parsipative, adaptive physical culture.

Предсказательная, профилактическая, персонализированная и парсипативная медицина — это значимые концепции развития современной медицины России. При этом вовлечение пациента в терапевтическую деятельность является существенным фактором здоровья людей, их личным вкладом в излечение и недопущение заболеваний.

Деятельность врачей мануальных терапевтов в России с самого начала становления специальности мануальная терапия была связана с вовлечением пациентов в терапевтическую деятельность упражнениями, рекомендуемыми после диагностики, проведения лечебных мобилизаций и манипуляций, что являлось продолжением развития Чехословацкой школы мануальной медицины и

было изложено в переведенном труде К.Левита, С.Захсе, В.Янда «Мануальная медицина». [2, 6, 7]

Для заболеваний связанных с нарушением формы тела, управлением движений и регуляции чувствительности значительным образом важно формирование доступности научению правильным, нормальным индивидуально конкретному человеку (ортологичной) форме тела и ее изменению, движениям, последовательностям вовлечения цепей мышечных волокон двигательных единиц в активность обеспеченную центральными генераторами упорядоченной активности сегментов тела и головного мозга. При этом важным фактором доступности является разнообразность способов получения информации об упражнениях для научения и овладения индивидуально как в медицинских учреждениях, так и в физкультурно-оздоровительных, фитнес-центрах, центрах досуга, отдыха и в интернетном пространстве. В существующих широко распространенных комплексах упражнений не используются принципы активации глубоких собственных мышц стенок уплощенного цилиндра туловища по всему его периметру, удлиняющих и уплощающих его, и снижения активности укорачивающих туловище длинных мышц спины и связанных с ними активностях мышц конечностей и головы. [4, 5]

Нами разработан курс упражнений ортологической физической культуры, состоящий из нескольких комплексов обучающих:

а) правильной форме тела и дыханию лежа, вставанию, стоянию и активации автоматизма ходьбы («стоять лежа» и «шаг лежа»),

б) правильной форме тела и изменению формы рук, согласованно с изменением формы туловища («руки и туловище»),

в) правильной форме тела и изменению формы ног, в движении, согласованно с изменением формы туловища («ноги и туловище»)

г) правильной форме тела и изменению формы головы, согласованно с изменением формы туловища («голова и туловища»),

д) правильной форме тела и изменению формы частей туловища, согласованно с изменением формы других частей туловища, («туловище и туловище»).

Формирование упражнений комплекса ортологической физической культуры заняло несколько лет работы. История развития упражнений связана с обучением правильным формам и движениям в приеме мануального терапевта или физкультурника (лечебной, адаптивной, оздоровительной физической культуры, фитнеса):

- сначала элементам упражнений индивидуально с непосредственным контактным слежением, контролем исполнения, преимущественно на личной встрече, в случаях изоляции или удаленного расположения, то телекоммуникацией интернета,

- затем комплексам упражнений на индивидуальных тренировках с дистанционным слежением и контролем, личной встречей, возможно и средствами телекоммуникации с использованием интернета,

- в последующем проводились групповые тренировки, для использования социальных психофизиологических феноменов, в том числе с использованием телекоммуникации интернета.

- создана возможность самостоятельного разучивания упражнений комплекса ортологической физической культуры с использованием видеозаписи, размещенных в том числе в интернете, в том числе с обратной связью.

При формировании упражнений комплекса ортологической физической культуры использовались принципы, критерий выбора, факты:

- потребность в научении правильным формам и движениям тела, наиболее часто встречающимся в повседневной жизни,

- знания, почерпнутые из систем обучения формам тела и движениям: музыкальный театр Станиславского и Немировича-Данченко с осанкой по М.Плисецкой, тайцзычуань и аргентинское танго, формы кисти при обучении игре на фортепьяно и «мудры» индийской йоги, способ дыхания в бока нижними ребрами как при обучении хоровому пению, ходьбы и бега по наружной части стопы и параллельно наружным контуром стопы, как обучают футболистов, участие живота в беге и ходьбе и некоторые другие.

- флексионный тест по А.Е.Саморукову, и тест силы по Д.Лифу - В.Янда - Л.Ф.Васильевой,

- биометрические измерения роста, изгибов туловища - лордозов и кифозов, объема грудной клетки, параметров дыхания,

- изменения осанки, походки, формы туловища и конечностей, движений рук и ног, дыхания,

- обратная связь об использовании, самочувствии людей живущих с упражнениями ортологической физической культуры,

- данные аппаратных исследований анатомии и функций человека, использующего упражнения ортологической физической культуры, ультразвуковое исследование мышц, электро-нейро-

миографическое исследование, рентгенологическое и магнито-резонансное томографическое исследования, спирометрия, холтеровское мониторирование сердечно-сосудистой деятельности и дыхания. [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8]

Всего в период с 2016 по 2021 г.г. упражнения комплекса ортологической физической культуры применялись у более чем 1200 человек. Производилась диагностика биометрических и психофизиологических свойств людей в том числе с использованием психоинформационных технологий, определение типов информационного метаболизма (соционический термин) и подтипов, а также аппаратные методы исследования (рентген, МРТ, УЗИ мышц и суставов, внутренних органов, ЭНМГ, ЭКГ, холтеровское мониторирование, ЭЭГ). Положительные результаты применения ортологических упражнений при сколиозе и нарушениях осанки уже докладывались на конференциях. Информация о возможностях применения комплекс упражнений ортологической физической культуры находится на различных ресурсах интернета с наименованием «Орто-Форма Юрий Криво».

Физиология активности двигательных единиц формы, центральных генераторов упорядоченной активности сегментов тела, головного мозга и непосредственная связь управления эффекторными органами: мышцами скелета, сосудов, полых органов позволило спрогнозировать и при применении получить положительные результаты при заболеваниях и функциональных нарушениях различных систем органов: мышечно-скелетной, сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной, мочевыделительной и репродуктивной.

Таким образом сформирован и применяется комплекс упражнений ортологической физической культуры, являющийся воплощением парсипативной персонализированной медицины, соответствующий естественно-научной идеологии мануальной терапии, доступный к применению с инструктором лично и удаленно, а также средствами телекоммуникации в медицине, адаптивной и оздоровительной физической культуре, фитнесе, в развитии правильных навыков физической культуры общества.

Литература.

1. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. Принципы системной организации функций — М., «Наука», 1973. С. 5—61.
2. Левит К.Э., Г.А. Иваничев «Техническая идентичность и терминологическая некорректность в мануальной (манипулятивной) медицине» / Мануальная терапия. — 2010. — № 1 (37). — С. 3-9. — ISSN 1684-6753)
3. Криво Ю.А. Механическая и рефлекторная регуляция двигательной системы человека индивидуальным направленным распределением давления на тело с контролем обратной биологической связью в ортопедии, мануальной мышечно-скелетной медицине, подиатрии. / Криво Ю.А. // Научные труды VI Международного конгресса «Слабые и сверхслабые поля и излучения в биологии и медицине», ISBN 5-86456-007-3, СПб, 2012,
4. Криво Ю.А., Лабузо А.К., Семенов А.С. Исследование активации двигательных единиц формы 1) аутохтонных мышц цилиндра туловища и 2) длиннейших мышц спины для цели выпрямления тела с использованием флекссионного теста по А.Е.Саморукову.// // Научные труды VIII Международного конгресса «Слабые и сверхслабые поля и излучения в биологии и медицине», Том 8, – С.115, СПб, 2018,с.177-178 Ссылка на видео доклада в интернете: <https://www.youtube.com/watch?v=AW0eT06TIEQ>
5. Ю.А.Криво, Н.Е.Криво Н.Е., Лабузо А.Н., Криво И.Ю. Практика интегративного применения теории функциональных систем П.К.Анохина и психоинформационных моделей соционики. //Человек. Искусство. Вселенная. 2022. № 2. С. 137-151
6. Неборский А.Т., Неборский С.А. Боль в спине с позиций мануального терапевта. / Бюллетень №16 Московского Профессионального Объединения Мануальных терапевтов.// Под ред. А.Е. Саморукова. 2014 — 88 с., сс. 50-56
7. Неборский А.Т., Неборский С.А. Электрокожная проводимость в оценке функционального состояния организма человека (экспериментально-теоретическое обоснование) Под ред. В.А. Вартбаронова. – М., Медицина. 2007. – 224 с.
8. Саморуков А.Е. Некоторые физиологические основы мануальной медицины. / Бюллетень №16 Московского Профессионального Объединения Мануальных терапевтов.// Под ред. А.Е. Саморукова. – 2016. – 126 с., с. 120-123

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ. D-ЗАВИСИМЫЙ РИСК АНГБК.

к.м.н. Волков Е.Е.

Специализированный центр по лечению асептического некроза, г. Москва

Современный взгляд на асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК) как на мультифакториальное заболевание с пусковым механизмом нарушений микроциркуляции эндогенной или экзогенной природы и нарушения ремоделирования кости диктует совершенствование комплексного персонализированного подхода в диагностике, лечении и реабилитации пациентов с этой патологией.

Для диагностики использовался разработанный алгоритм: проведение МРТ/КТ тазобедренных суставов, обзорная рентгенография с использованием укладок по Лаунштейну, информационная диагностическая система "Скринфакс", проведение генотипирования по генам коллагена I типа A, кальцитонина, лактазы, рецепторов витамина D, ингибитора активатора плазминогена, денситометрия, определение маркеров метаболизма костной ткани, определение серологических показателей сопутствующих инфекций. Для ранней диагностики предложено использовать метод информационного анализа "Скринфакс" в сочетании с МРТ, проведение генотипирования для выявления групп повышенного риска развития АНГБК при остеоартрозе, остеопорозе и бессимптомной остеомаляции.

Все диагностические методы дополняют друг друга, раскрывают патогенетический процесс заболевания и дают возможность правильно выбрать вариант лечения.

Лечение АНГБК по безоперационной методике сочетает в себе индивидуальный подбор ЛФК, проведение процедур терапевтическим аппаратом для восстановления структуры костной ткани «Остеон-1» с накожными фитоаппликаторами на акупунктурные точки, фитованны, приём фитопрепаратов, минеральных комплексов.

Цель исследования: ретроспективный анализ результатов лечения персонализированным безоперационным методом при асептическом некрозе головки бедренной кости (АНГБК).

Материалы и методы: в исследование включено 118 больных в возрасте от до 18 до 70 лет с верифицированными диагнозами двухстороннего АНГБК II–IV стадии. Пациенты получали комплексное лечение по безоперационной технологии более 6 месяцев (минимум 2 курса). Всем пациентам в обязательном порядке предписывался ортопедический режим с использованием костылей. Каждый курс лечения, проводившегося пациентами в домашних условиях, после тщательного инструктажа составлял 3 месяца. До начала и по завершении 3-месячного курса лечения пациенты проходили обследование: обзорную рентгенографию ТБС, денситометрию, анкетирование по шкале Harris, исследование генов, связанных с развитием АНГБК и динамический лабораторный контроль маркеров метаболизма костной ткани. Результаты лечения оценивали на основании совокупной динамики клинических, инструментальных и лабораторных показателей.

Результаты: положительные результаты комплексной терапии в виде снижения выраженности болевого синдрома, увеличения объема движений, повышения качества жизни пациентов отмечались уже после 1-го месяца лечения. Однако для достижения стойкого положительного эффекта требовалось в среднем 15 месяцев (5 курсов лечения). Хорошие результаты по шкале Harris отмечались у 89 чел (75,4%), удовлетворительные у 19 чел (16,1%), без изменений - 10 чел (8,5%). Среди проанализированных показателей метаболизма костной ткани самым специфичным оказался дезоксиридинолин (ДПИД).

В результате проведенного исследования обнаружено, что риск развития АНГБК увеличивается более чем в 3 раза при наличии генотипа G/G полиморфного локуса -3731 A/G (Cdx2) в гене VDR.

Выводы: предлагаемая безоперационная технология лечения обеспечивает персонализированный подход в лечении АНГБК и может рассматриваться как органосберегающий подход при лечении АНГБК и остеоартрозах, использоваться при наличии противопоказаний к эндопротезированию, профилактики асептической нестабильности эндопротезов, при длительном несращении переломов. Целесообразно изучение генетических факторов предрасположенности к заболеваниям костной ткани с целью создания генетического паспорта и контроля здоровья.

ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ ВРАЧА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕДОМСТВЕННОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, ВИДА ФИНАНСИРОВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИОННО- ПРАВОВОЙ ФОРМЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ. ЛИЧНЫЙ ОПЫТ ВРАЧА.

Лютых А.Б.

врач мануальной терапии, врач ФРМ, врач ЛФК и СМ.

РЕЗЮМЕ:

По признаку первичного обращения рассмотрены изменения структуры контингента пациентов в зависимости от ведомственной принадлежности, вида финансирования и организационно-правовой формы деятельности лечебного учреждения.

АКТУАЛЬНОСТЬ:

Организация работы врача МТ, стратегия и тактика лечебного процесса во многом зависят от условий деятельности лечебного учреждения, меняющегося в зависимости от ведомственной принадлежности, вида финансирования и организационно-правовой формы деятельности ЛПУ.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ:

Проанализировать практику работы врача мануальной терапии в зависимости от ведомственной принадлежности, вида финансирования и организационно-правовой формы деятельности ЛПУ. Выявить изменения в гендерной, возрастной и нозологической структуры контингента кабинета мануальной терапии и вероятные, связанные с этими изменениями тенденции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Рассматривались имеющиеся данные первичных обращений пациентов в разные периоды трудовой деятельности врача мануальной терапии.

1. Ведомственное, бюджетное учреждение, действующее вне платных услуг, обязательного и добровольного медицинского страхования. 2005-2007гг. 95 пациентов.

2. Частное медицинское учреждение (ООО), действующее вне системы обязательного и добровольного медицинского страхования. 2007-2009гг. Всего 153 пациента.

3. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы, действующее в системе обязательного медицинского страхования, до оптимизации системы Здравоохранения и введения ЕМИАС. 2009-2014гг. 1165 пациентов

4. Государственное бюджетное учреждение г. Москвы, действующее в период перехода от оплаты услуг врача МТ в системе обязательного медицинского страхования и ЕМИАС к платным медицинским услугам и исключения мануальной терапии из ЕМИАС. 2014-2016гг. Всего 686 пациента.

5. Сетевое акционерное общество, действующее вне бюджетного финансирования и финансирования в системе ОМС. Оплата услуг мануального терапевта только в системе добровольного медицинского страхования и платных услуг 2017-2019гг. Всего 177 пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ:

При сравнении данных первичных обращений в кабинет мануальной терапии установлено:

Гендерная, возрастная и нозологическая структура контингента пациентов мануальной терапии меняется в зависимости от ведомственных, финансовых и организационно правовых различий ЛПУ.

ВЫВОДЫ:

Ведомственная принадлежность, вид финансирования и организационно-правовые различия ЛПУ в силу отличий в оснащенности, возможностей диагностики, комплексного реабилитационно-восстановительного лечения, а также контроля качества лечения, могут влиять на структуру контингента пациентов по профилю мануальная терапия.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ПРИМЕНЕНИИ МЫШЕЧНОЙ КОРРЕКЦИИ И ВЫТЯЖЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА В КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ШЕЙНО - ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ

*Саморуков А.Е., Будылин С.П.
Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации
и курортологии Минздрава России,
Москва, Россия*

Одно из центральных мест в реабилитации принадлежит методам физической терапии, обладающим патогенетической направленностью лечебного действия. Курсовое использование физических факторов приводит не только к уменьшению клинико-функциональных нарушений, но способствует формированию системных приспособительных реакций общего, местного и очагового характера, стимуляции компенсаторных процессов, повышению резистентности организма (Айрапетова Н.С. и др., 2010, 2017). Повышения результатов лечения следует ожидать от совместного использования методов, действующих не только высокоэффективно, но и достаточно широко, захватывая ключевые механизмы развития заболевания, обосновано дополнительное включение в программы лечения пациентов с ХОБЛ немедикаментозных методов, способных оказывать коррегирующее влияние на ключевые патогенетические механизмы заболевания (Айрапетова Н.С., 2017).

Важным в патогенезе в развитии дорсопатий является изменение симпатического висцеротрофического обеспечения позвоночного столба с усилением симпатoadреналовых воздействий на систему микроциркуляции, а также фактор ослабления симпатической иннервации в тканях позвоночно-двигательных сегментов, что приводит к развитию тканевой гипоксии в структурных элементах на фоне спазма или дилатации артериол, что, в свою очередь, является причиной низкого поступления лекарственных веществ к тканям позвоночника и приеме медикаментов, а также снижает способность поврежденных тканей к восстановлению (Кульчицкая Д.Б. 2014)..

Основными клиническими проявлениями у наблюдаемых больных была боль в области шеи с иррадиацией в правую или левую руку; боль усиливается при поворотах головы или движениях верхних конечностей; головная боль, головокружение, дискомфорт и некоторая слабость мышц верхней конечности.

При мануальной диагностике позвоночника у больных, получавших курс мануальной терапии, выявлено наличие функциональных блокад в шейном отделе на уровне позвоночно-двигательных сегментов С0-С1, С3-С6, Т1-4 и сегментах грудного отдела блокады реберно-позвоночных сегментах Т3-Т4, Т12-Л1, блокады грудино-ключичных сочленений, реберно-грудинных сочленений.

Исследования проводились в клинической лаборатории мануальной терапии НМИЦРК МЗ РФ совместно с пульмонологическим отделением. В исследовании приняли участие 20 больных с ХОБЛ с цервикобрахиалгией средней тяжести, в фазе ремиссии или неполной ремиссии, дыхательная недостаточность – не выше 2-й степени, возрастной диапазон – от 36 до 65 лет.

Воздействие проводили методом дифференцированной мышечной активации укороченных мышц шейного, грудного отдела и плечевого пояса после их предварительного растяжения и техники миофасциального релиза.

Проводилось снятие напряжения верхней трапецевидной мышцы, релаксация разгибателей шейного отдела, расслабление лестничной мышцы, ротаторов плеча, мобилизации ребра, расслабление диафрагмы.

Мануальная терапия проводится ежедневно или через день, курс 5-6.

Тракционная терапия проводилась на аппарате «Трактайзер» в вертикальном положении, в динамическом режиме – чередование фаз напряжения и расслабления, такой режим вытяжения является наиболее эффективным методом расслабления и укрепления мышц.

Доказано, что тракция шейного отдела позвоночника на УЗДГ улучшает венозный отток, в вертебробазиллярной системе исчезает спастическая сосудистая реакция, уменьшается дефицит кровообращения в бассейне сонной и позвоночных артерий. Помимо этого лечебного эффекта, имеет место восстановление тонуса мышц шейного и верхне-грудного отдела, уменьшение раздрации с них, уменьшение болевого синдрома

Больные были разделены на две группы: 1-я – группа с мануальной терапией, 2-я группа получала мануальную терапию и вытяжение шейного отдела на аппарате Tractaizer.

В 1-й группе мануальная терапия проводилась каждый день мягкими мышечно-

энергетическими техниками, курс состоял из 5-6 процедур, до снятия болевого синдрома.

Во 2-й группе после проведения мануальной терапии проводилась тракционная терапия на аппарате Tractaizer, нагрузка подбиралась индивидуально, время вытяжения – 10 секунд, время релаксации – 10 секунд, общее время вытяжения – 10 минут.

После курса мануальной терапии в первой группе у 80% больных уменьшалась боль, нарастал объем движений, однако головокружение, хотя и уменьшилось, но оставалось.

Во 2-й группе болевой синдром уменьшался у 95% больных.

Более заметно улучшалось самочувствие, настроение и качество жизни.

После курса лечения головокружение значительно уменьшалось или переставало беспокоить.

У всех больных после устранения актуальных блокад мануальной терапией увеличивался объем движений (14-20%) в обеих группах, однако более выражено во второй группе; также повысилась активность 39-42% и настроение на 47%, более выражено во 2-й группе

Таким образом, в лечении больных с цервикобрахальным синдромом проведение мягких техник мануальной терапии устраняет болевой синдром в 80%, а с тракционной терапией – в 95%, также комплекс позволяет быстро купировать головокружение, часто сопровождающее дисфункцию шейного отдела позвоночника, у больных повышается самочувствие, активность, настроение и качество жизни; более выражено при проведении комплекса с вытяжением шейного отдела позвоночника. Это позволяет рекомендовать его для увеличения эффективности лечения дисфункции шейного отдела позвоночника у больных с ХОБЛ.

МЕСТО И РОЛЬ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ И РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ

Лютых А.Б.

врач Мануальной терапии, врач ФРМ, врач ЛФК и СМ

РЕЗЮМЕ:

Поднят вопрос о месте мануальной терапии в восстановительном и реабилитационном лечении

АКТУАЛЬНОСТЬ:

Необходимость широкого использования в восстановительной и реабилитационной медицине мануальной терапии как научно-обоснованного, эффективного, безмедикаментозного, и неинвазивного метода.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ:

Показать целесообразность включения мануальной терапии в практику реабилитационно-восстановительного процесса при заболеваниях не только нервной системы и опорно-двигательного аппарата, но, и при других заболеваниях. Прежде всего сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

ОБЗОР:

Мануальная терапия, наряду с рефлексотерапией, физиотерапией, лечебной физкультурой, массажем и психокоррекцией является эффективным методом при лечении многих заболеваний и патологических состояниях. Однако, в отличие от других методов и средств реабилитационной медицины в Стандартах оказания медицинской помощи мануальная терапия, предусматривается только при дорсопатиях и заболеваниях суставов, обусловленных дегенеративно-дистрофическим процессом. Однако мануальная терапия возникла и развивалась как система ручных и лечебных приемов, направленных на коррекцию неврологических, ортопедических, висцеральных и других нарушений, вызванных заболеваниями и травмами. Отличие МТ от других восстановительно-реабилитационных методов: 1. Выделение особых патобиомеханических проявлений в виде (локального функционального блока, локальной гипермобильности, миодистонически-миодистрофических изменений, регионального постурального дисбаланса мышц, неоптимального двигательного стереотипа. 2. В мануальной терапии существует целостное представление о позвоночнике с его костными, мышечными, нервными и сосудистыми системами. Приоритет рефлекторного регулирования физиологических и патологических процессов. 3. Применение диагностических (пальпация, давление, растяжение) и лечебных методик мануальной терапии (мобилизации, манипуляции, постизометрической, постизотонической релаксации и других техник). По своей физической сути применение диагностических (пальпация, давление, растяжение) и лечебных методик мануальной терапии является пассивно-активными упражнениями для мелких и крупных мышц, выполняемых врачом.

РЕЗУЛЬТАТЫ:

В практике отечественной мануальной терапии накоплен большой опыт успешного применения не только в соответствии с существующими Стандартами оказания медицинской помощи при дегенеративно-дистрофических заболеваниях опорно-двигательного аппарата, но и при восстановительно-реабилитационном лечении после травм, операций, инсультов, а также заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной и желудочно-кишечной системы, в акушерстве, гинекологии и педиатрии.

ВЫВОДЫ:

1. Для осознания места и роли мануальной терапии в современном реабилитационно-восстановительном процессе необходимо разрабатывать Клинические рекомендации по применению

ОПЫТ ИНТЕГРАЦИИ

Криво Ю.А.

Обзорная статья / Review article УДК 615.827 <https://doi.org/10.54504/1684-6753-2022-2-78-88>
ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕННОМ 7-м ВСЕРОССИЙСКОМ СЪЕЗДЕ МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ Владислав Викторович Андреев¹, Артур Нарсисович Ахметсафин¹, Евгений Робертович Баранцевич¹, Ирина Анатольевна Егорова², Дмитрий Евгеньевич Мохов³, Святослав Валерьевич Новосельцев⁴, Александр Анисимович Скоромец¹, Алексей Егорович Саморуков¹ 1 Первый Санкт-Петербургский государственный меди Обзорная статья / Review article УДК 615.827 <https://doi.org/10.54504/1684-6753-2022-2-78-88> ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕННОМ 7-м ВСЕРОССИЙСКОМ СЪЕЗДЕ МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ Владислав Викторович Андреев¹, Артур Нарсисович Ахметсафин¹, Евгений Робертович Баранцевич¹, Ирина Анатольевна Егорова², Дмитрий Евгеньевич Мохов³, Святослав Валерьевич Новосельцев⁴, Александр Анисимович Скоромец¹, Алексей Егорович Саморуков¹ 1 Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия 2 Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия 3 Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия 4 Северо-Западная академия остеопатии и медицинской психологии, Санкт-Петербург, Россия ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ: Андреев В.В. – <https://orcid.org/0000-0003-2578-5783>, nevro-fpo@mail.ru Ахметсафин А.Н. – <https://orcid.org/0000-0002-7269-4609>, doctoranet@mail.ru Баранцевич Е.Р. – <https://orcid.org/0000-0003-3804-3877>, professorerb@mail.ru Егорова И.А. – <https://orcid.org/0000-0003-3615-7635>, egorova.osteo@gmail.com Мохов Д.Е. – <https://orcid.org/0000-0002-8588-1577>, osteopathie@mail.ru Новосельцев С.В. – <https://orcid.org/000-0002-4338-5567>, snovoselcev@mail.ru Скоромец А.А. – <https://orcid.org/0000-0002-0182-7830>, askoromets@gmail.com Саморуков А.Е. – <https://orcid.org/000-0002-5332-7408>, asam48@bk.ru Автор, ответственный за переписку: Владислав Викторович Андреев, nevro-fpo@mail.ru РЕЗЮМЕ 8–10 апреля 2022 года в Санкт-Петербурге в стенах Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова прошел Всероссийский съезд мануальной медицины. Научный форум был посвящен 100-летию со дня рождения основоположника остеопатии в Российской Федерации Виолы Фрайман и 85-летию заведую

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕННОМ 7-м ВСЕРОССИЙСКОМ СЪЕЗДЕ МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ Владислав Викторович Андреев¹, Артур Нарсисович Ахметсафин¹, Евгений Робертович Баранцевич¹, Ирина Анатольевна Егорова², Дмитрий Евгеньевич Мохов³, Святослав Валерьевич Новосельцев⁴, Александр Анисимович Скоромец¹, Алексей Егорович Саморуков¹ 1 Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия 2 Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия 3 Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия 4 Северо-Западная академия остеопатии и медицинской психологии, Санкт-Петербург, Россия ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ: Андреев В.В. – <https://orcid.org/0000-0003-2578-5783>, nevro-fpo@mail.ru Ахметсафин А.Н. – <https://orcid.org/0000-0002-7269-4609>, doctoranet@mail.ru Баранцевич Е.Р. – <https://orcid.org/0000-0003-3804-3877>, professorerb@mail.ru Егорова И.А. – <https://orcid.org/0000-0003-3615-7635>, egorova.osteo@gmail.com Мохов Д.Е. – <https://orcid.org/0000-0002-8588-1577>, osteopathie@mail.ru Новосельцев С.В. – <https://orcid.org/000-0002-4338-5567>, snovoselcev@mail.ru

Скоромец А.А. – <https://orcid.org/0000-0002-0182-7830>, askoromets@gmail.com Саморуков А.Е. – <https://orcid.org/000-0002-5332-7408>, asam48@bk.ru Автор, ответственный за переписку: Владислав Викторович Андреев, nevro-fpo@mail.ru РЕЗЮМЕ 8–10 апреля 2022 года в Санкт-Петербурге в стенах Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова прошел Всероссийский съезд мануальной медицины. Научный форум был посвящен 100-летию со дня рождения основоположника остеопатии в Российской Федерации Виолы Фрайман и 85-летию заведующего кафедрой неврологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, почетного президента Всероссийской ассоциации мануальной медицины академика РАН Александра Анисимовича Скоромца. Ключевые слова: мануальная терапия, остеопатия, медицинский массаж, конференция A REPORT OF THE 7TH ALL-RUSSIAN CONGRESS OF MANUAL MEDICINE Vladislav V. Andreev1 , Artur N. Akhmetsafin1 , Evgeny R. Barantsevich1 , Irina A. Egorova2 , Dmitry E. Mokhov3 , Svyatoslav V. Novoseltsev4 , Alexander A. Skoromets1 , Alexei E. Samorukov1 1 Academician I.P. Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg, Saint-Petersburg, Russia 2 Yaroslav-the-Wise Novgorod State University, Veliky Novgorod, Russia 3 I.I. Mechnikov North-West State Medical University, Saint-Petersburg, Russia 4 North-West Academy of Osteopathy and Medical цинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия 2 Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия 3 Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия 4 Северо-Западная академия остеопатии и медицинской психологии, Санкт-Петербург, Россия ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ: Андреев В.В. – <https://orcid.org/0000-0003-2578-5783>, nevro-fpo@mail.ru Ахметсафин А.Н. – <https://orcid.org/0000-0002-7269-4609>, doctoranet@mail.ru Баранцевич Е.Р. – <https://orcid.org/0000-0003-3804-3877>, professorerb@mail.ru Егорова И.А. – <https://orcid.org/0000-0003-3615-7635>, egorova.osteo@gmail.com Мохов Д.Е. – <https://orcid.org/0000-0002-8588-1577>, osteopathie@mail.ru Новосельцев С.В. – <https://orcid.org/000-0002-4338-5567>, snovoselcev@mail.ru Скоромец А.А. – <https://orcid.org/0000-0002-0182-7830>, askoromets@gmail.com Саморуков А.Е. – <https://orcid.org/000-0002-5332-7408>, asam48@bk.ru Автор, ответственный за переписку: Владислав Викторович Андреев, nevro-fpo@mail.ru РЕЗЮМЕ 8–10 апреля 2022 года в Санкт-Петербурге в стенах Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова прошел Всероссийский съезд мануальной медицины. Научный форум был посвящен 100-летию со дня рождения основоположника остеопатии в Российской Федерации Виолы Фрайман и 85-летию заведую

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕННОМ 7-м ВСЕРОССИЙСКОМ СЪЕЗДЕ МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Владислав Викторович Андреев1 , Артур Нарсисович Ахметсафин1 , Евгений Робертович Баранцевич1 , Ирина Анатольевна Егорова2 , Дмитрий Евгеньевич Мохов3 , Святослав Валерьевич Новосельцев4 , Александр Анисимович Скоромец1 , Алексей Егорович Саморуков1 1 Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия 2 Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия 3 Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия 4 Северо-Западная академия остеопатии и медицинской психологии, Санкт-Петербург, Россия ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ: Андреев В.В. – <https://orcid.org/0000-0003-2578-5783>, nevro-fpo@mail.ru Ахметсафин А.Н. – <https://orcid.org/0000-0002-7269-4609>, doctoranet@mail.ru Баранцевич Е.Р. – <https://orcid.org/0000-0003-3804-3877>, professorerb@mail.ru Егорова И.А. – <https://orcid.org/0000-0003-3615-7635>, egorova.osteo@gmail.com Мохов Д.Е. – <https://orcid.org/0000-0002-8588-1577>, osteopathie@mail.ru Новосельцев С.В. – <https://orcid.org/000-0002-4338-5567>, snovoselcev@mail.ru Скоромец А.А. – <https://orcid.org/0000-0002-0182-7830>, askoromets@gmail.com Саморуков А.Е. – <https://orcid.org/000-0002-5332-7408>, asam48@bk.ru Автор, ответственный за переписку: Владислав Викторович Андреев, nevro-fpo@mail.ru РЕЗЮМЕ 8–10 апреля 2022 года в Санкт-Петербурге в стенах Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова прошел Всероссийский съезд мануальной медицины. Научный форум был посвящен 100-летию со дня рождения основоположника остеопатии в Российской Федерации Виолы Фрайман и 85-летию заведующего кафедрой неврологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, почетного президента Всероссийской ассоциации мануальной медицины академика РАН Александра Анисимовича Скоромца

. Ключевые слова: мануальная терапия, остеопатия, медицинский массаж, конференция

A REPORT OF THE 7TH ALL-RUSSIAN CONGRESS OF MANUAL MEDICINE Vladislav V. Andreev1 , Artur N. Akhmetsafin1 , Evgeny R. Barantsevich1 , Irina A. Egorova2 , Dmitry E. Mokhov3 , Svyatoslav V. Novoseltsev4 , Alexander A. Skoromets1 , Alexei E. Samorukov1 1 Academician I.P. Pavlov First State Medical University of Saint-Petersburg, Saint-Petersburg, Russia 2 Yaroslav-the-Wise Novgorod State University, Veliky Novgorod, Russia 3 I.I. Mechnikov North-West State Medical University, Saint-Petersburg, Russia 4 North-West Academy of Osteopathy and Medical

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СКЕЛЕТНОМЫШЕЧНОЙ БОЛИ

Владимир Александрович Фролов

академик РАЕН, профессор Кафедры спортивной медицины и медицинской реабилитации
Сеченовского университета, д.м.н.

Лечение и медицинская реабилитация пациентов с хроническими болевыми синдромами остается в числе актуальных проблем современной медицины. Хронический болевой синдром по-прежнему является одним из наиболее часто встречаемых явлений, как в общемедицинской практике, так и в практике врачей «узких» специалистов

При этом, на фоне неуклонного роста невротических и психосоматических расстройств отмечается рост распространенности феномена «соматизации» который в первую очередь проявляется хроническими болями различной локализации. По статистическим данным у 20-30% пациентов хронические боли имеют признаки психогенных, причем 90% больных указывают на скелетно-мышечную локализацию боли

В современных классификациях (DSM-IV, МКБ-10) выделена специальная рубрика «Соматоформное болевое расстройство (СБР)» (A45.4). Ведущей жалобой пациентов с СБР является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, полностью не объяснимая физиологическим процессом или соматическим расстройством, и появляющаяся в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами, которые могут быть расценены в качестве главной причины

Пациенты с СБР характеризуются минимальной выраженностью или отсутствием объективных клинических изменений при высокой степени инвалидизации и психологического дистресса. Помимо психогенных факторов в патогенезе СБР значительная роль отводится глобальной гипералгезии и катастрофизации на фоне патологии центральных ноцицептивных структур, в том числе аномальной обработки сенсорной информации

Терапия данной категории пациентов крайне трудна, и какой-либо единой, хорошо отработанной концепции ее не существует. Учитывая отсутствие эффекта от НПВП, в 7% случаев с целью устранения боли пациентам проводится необоснованное хирургическое лечение, которое не дает положительного эффекта. В настоящее время тактика ведения больных с соматоформными дорсалгиями сводится к назначению антидепрессантов и/или транквилизаторов. Однако облегчение психических симптомов при лечении антидепрессантами приводит, зачастую, только к определенной адаптации к болевой симптоматике. Кроме того, большинство исследований отмечают резистентность и плохую переносимость любого вида психофармакотерапии у больных, что требует включения в комплексное лечение больных с психогенным характером болей в спине эффективных немедикаментозных методов

Психосоматика (греч. *psyche* – душа, *soma* – тело) – направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах.

Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы

Психовисцеросоматика – по сути дальнейшее направление развития психосоматической медицины как научного и клинического направления, которое исследует роль психосоциальных факторов в патогенезе и динамике соматических заболеваний, чаще всего реализующихся через висцеральные симптомы, синдромы и нозологии и использующее полученные знания в их профилактике и лечении и реабилитации

(Является синонимом холистической медицины в широком понимании)

Любое психовисцеросоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических (включая наследственные) свойств индивида, его невозможно объяснить путем исследования свойств какой-то одной подсистемы – психической или соматической. Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как

психосоматическое заболевание. И только понимание этих связей может дать возможность эффективно воздействовать на возникшее заболевание, в том числе и методами психотерапии

Цель исследования

Обосновать целесообразность применения мануальной терапии, различных методов и методик на фоне рутинных программ в медицинской реабилитации пациентов с хроническими миофасциальными болевыми синдромами

Задачи исследования

1. Изучить характерные патобиомеханические изменения скелетно-мышечной системы у пациентов с СБР

2. Исследовать динамику болевого синдрома, а также психоэмоционального состояния с помощью сенсорно-аналоговой шкалы и психометрических шкал у исследуемой категории больных до и после комплексного лечения с использованием методов остеопатии и психотерапии

3. Исследовать изменения церебральной гемодинамики у пациентов группы исследования и группы сравнения до и после лечения по степени выраженности микроциркуляторных нарушений в конъюнктиве глазного яблока

4. Провести анализ эффективности остеопатии и психотерапии при лечении хронических соматоформных дорсалгий и разработать практические рекомендации по применению остеопатического воздействия у пациентов с данной нозологией

Материалы и методы исследования

1. Рентгенография позвоночника по стандартным методикам в прямой и боковой проекциях в сочетании с функциональными пробами

2. Для оценки болевого синдрома использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ) и болевой опросник Мак-Гилла,

для оценки эффективности купирования боли рассчитывался Индекс Боли (ИБ)

3. Для оценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека) использовалась методика Ч.Д. Спилбергера. в модификации Ю.Л.Ханина

4. Опросник депрессии Бека применялся для оценки депрессивной симптоматики.

5. Оценка самочувствия, активности и настроения проводилась с помощью опросника САН

6. Для оценки психологических изменений и уровня психологического дистресса использовался Регистрационный лист симптомов - 90 (Symptom Check List-90 или SCL-90). Проводилась оценка трех интегральных показателей: общая тяжесть симптомов (GSI), психологического симптоматического дистресса (PSDI), общего числа эмоционально-вегетативных симптомов (PSI)

7. Для изучения динамики показателей качества жизни был использован Опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form)

8. Влияние мануальнотерапевтического воздействия на изменение церебральной гемодинамики отслеживалось по степени выраженности микроциркуляторных нарушений в конъюнктиве глазного яблока (КГЯ). Исследование проводилось путем фотосъемки темпорального участка конъюнктивы, получаемой с помощью щелевой лампы ЩЛ-2Б с увеличением в 20 раз, цифрового фотоаппарата и компьютера. Рассчитывался индекс конъюнктивальной микроциркуляции (ИКМ), дающий суммарную характеристику всех наблюдаемых изменений в системе микроциркуляции.

При катамнестическом наблюдении через 12 месяцев после прохождения курса лечения, учитывая, что большинство пациентов ранее неоднократно госпитализировались в связи с обострением болевого синдрома или ухудшением психопатологической симптоматики, за критерий эффективности лечения мы взяли процент повторных госпитализаций в течение года.

В основной группе (n=85), где проводилась коррекция статико-динамических нарушений, пациенты продолжали выполнять индивидуальный комплекс упражнений по ауторелаксации мышц, повторно было госпитализировано 2 человека (2,35%), в контрольной группе (n=30) было госпитализировано 5 пациентов (16,7%), что является статистически значимым различием (p<0,05)

Выводы:

1. Пациенты с хроническими болями в спине характеризуются высокой распространенностью патобиомеханических, психоэмоциональных, висцеральных и лимфодинамических нарушений. На фоне часто встречающейся асимметрии конечностей, дисфункций таза формируется неоптимальный статико-динамический стереотип со смещением центра тяжести и избыточным напряжением вышележащих структур. Психогенный фактор, снижая болевой порог и усугубляя нарушения в локомоторной системе всего ОДА, потенцирует проявления вертеброгенной патологии, способствуя хронизации болевого синдрома

2. Средняя интенсивность болевого синдрома по ВАШ составила $6,1 \pm 1,1$ балла, что соответствует показателям «сильная боль», пациенты с СБР склонны были выбирать большое количество описательных характеристик боли и более тяжелые регистры боли. Коррекция статико-динамических нарушений способствовала более раннему и более стойкому снижению уровня боли (на 76,5% к концу курса лечения), чем воздействие только на центральные механизмы боли (снижение показателей боли на 37,4%). После проведенной реабилитации выявлены достоверные различия показателя реактивной тревожности, депрессии, уровня психологического дистресса по сравнению с исходными и между группами

3. Восстановление тонусно-силового баланса мышц и нормализация лимфооттока способствуют устранению патологических вазомоторных реакций в вертебрально-базиллярной системе и системе сонных артерий. Показатели микроциркуляции по индексу ИКМ при проведении биомикроскопии КГЯ при повторном обследовании после проведенного курса лечения в основной группе улучшилась на 45%, что достоверно превышает показатели группы сравнения, причем улучшение происходило как за счет уменьшению степени расширения сосудов посткапиллярного русла, так и за счет уменьшения выраженности спазма артериол

4. Включение остеопатических диагностических и лечебных техник в комплексное лечение психогенных болей в спине повышает эффективность восстановительных мероприятий за счет коррекции патобиомеханических и циркуляторных нарушений, в том числе за счет улучшения церебральной гемодинамики. Это подтверждается данными опросника качества жизни, а также снижением количества повторных госпитализаций, связанных с обострением болевого синдрома. Лечение должно включать коррекцию лимфодинамических нарушений, восстановление длины фасциальных футляров укороченных мышц, укрепление расслабленных мышц, релаксацию дыхательной диафрагмы с целью восстановления тонусно-силового баланса мышц и вертикальной оси тела

РОЛЬ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Сафоничева О.Г.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Спустя три года от начала эпидемии COVID-19, после официального выздоровления от коронавирусной инфекции, миллионы людей по всему миру так и не могут вернуться к нормальной жизни. Одних пациентов продолжает беспокоить одышка, повышенная утомляемость, отсутствие запахов и вкусов. Другие пациенты жалуются на возврат симптомов Covid-19 спустя несколько недель. Но есть и группа пациентов (10-15%), у которых перенесенный Covid-19 перетекает в тяжелое хроническое заболевание, затрагивающее различные органы и системы, формируя сложные коморбидные состояния с формальным определением - «долгий ковид». Такие затянувшиеся структурно-функциональные нарушения жизненно важных систем организма у больных с COVID-19 после ликвидации острого инфекционно-воспалительного процесса в медицинской литературе звучат как пост-ковидный синдром «post-COVID-19 syndrome» (PCS) [1].

Для оценки масштабов распространенности «долгого ковида», а также анализа проявления этого состояния, британскими и американскими учеными совместно с группой активистов из числа самих пациентов (почти 3800 человек) в конце 2020 года было проведено крупное исследование в виде интернет-опроса. Опрошенные пациенты перечислили в общей сложности 205 различных проявлений

болезни, а треть упомянутых симптомов продолжали их беспокоить на протяжении шести месяцев. В ходе опроса было выяснено, что симптомы Covid-19 часто затягивались на несколько месяцев у относительно молодых пациентов (средний возраст людей с признаками PCS - 40 лет), причем женщин среди них было значительно больше, чем мужчин (70-80%). Большинство участников опроса перечислили множество имеющихся у них симптомов, но наиболее изнурительным долгосрочным проявлением болезни обычно называли серьезные проблемы с дыханием (severe breathlessness), тяжелую усталость (fatigue) и утомляемость (post-exertional malaise) или затуманенность сознания (brain fog) [2]. В США и нескольких странах Европы, в связи с затяжным течением Covid-19, даже звучали призывы приравнять эту болезнь к инвалидности.

В настоящее время появляется все больше данных о вовлечении в патологический процесс центральной (ЦНС) и периферической нервной системы [3]. Энцефалопатия в исходе COVID-19, вероятно, возникает в результате сочетания различных причин, включая прямое повреждение коры головного мозга под воздействием вируса, а также прилегающих субкортикальных структур. Считается, что в основе энцефалопатии лежит системное воспаление в результате непосредственного проникновения вируса в нервную систему, а также присоединение бактериальной инфекции. Гипоксические и метаболические изменения, вызванные интенсивным воспалительным ответом на вирус, приводят к цитокиновому шторму, острому респираторному дистресс-синдрому и полиорганной недостаточности [4]. Поражение органов, по-видимому, вызвано тяжелыми воспалительными реакциями, тромботической микроангиопатией, венозной тромбоэмболией и кислородной недостаточностью, причем низкое насыщение крови кислородом было обнаружено даже у пациентов с бессимптомным течением заболевания и получило название «тихой гипоксии» [5]. Таким образом, анализ причин развития пост-ковидного синдрома, научное обоснование и разработка технологий медицинской реабилитации пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, является актуальной медико-социальной проблемой.

Материалы и методы: с целью оценки степени тяжести коронавирусной инфекции, объема поражения легких, наличия коморбидной патологии были обследованы 52 пациента, поступившие в Центр медицинской реабилитации Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Диагноз энцефалопатии устанавливали при наличии неврологической симптоматики (оживление сухожильных рефлексов, анизокория, псевдобульбарные нарушения, наличие пирамидного/ экстрапирамидного/ вестибуломожжечкового/ псевдобульбарного синдромов и др.), а также при выявлении на КТ/МРТ признаков морфологических изменений мозгового вещества. Для выявления значимых функциональных биомеханических нарушений в шейном отделе позвоночника, оказывающих влияние на состояние мозгового кровотока, проведено мануальное кинестезическое исследование. Для оценки церебрального метаболизма и адаптационных возможностей применили нейрофизиологический метод нейроэнергокартирования (НЭК). Для оценки функции дыхания (b440) выполнялась компьютерная спирометрия с использованием компьютерного спирометра «Спиро-Спектр» (компания «Нейрософт», Иваново). Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от степени тяжести течения пневмонии: В подгруппе 1 было 18 пациентов со средне-тяжелой и тяжелой степенью заболевания (КТ3-КТ4, вовлечение от 50 до 75% объема легких), в группе 2 было 34 пациента с отсутствием изменений при проведении КТ (КТ0), а также с легкой и умеренной тяжестью заболевания (КТ1-КТ2, вовлечение менее 25% и 25-50% объема легких).

Результаты и обсуждение: у пациентов 1 группы с более тяжелым поражением легких (КТ3-КТ4) частота коморбидных заболеваний была значимо выше, чем у пациентов 2 группы с более легким течением COVID-19 (КТ0-КТ2). Ведущими жалобами у всех пациентов были общая слабость и быстрая утомляемость. Одышка и ощущение нехватки воздуха чаще наблюдалась у пациентов 1 группы с тяжелым течением заболевания по сравнению с пациентами 2 группы с легким течением заболевания в анамнезе. У пациентов 1 группы на 40% чаще выявлялись шаткость при ходьбе, нарушение памяти, «туман в голове», панические расстройства. Все пациенты отмечали остаточный кашель, головную боль, нарушение обоняния (дизосмию), нарушение сна, боли; дрожь в конечностях. Преобладающими проявлениями пост-ковидной энцефалопатии были вестибуло-атактический и цереброастенический синдромы. Клиническое неврологическое исследование выявило постуральный дисбаланс мышц плечевого пояса, элевацию структур верхней апертуры грудной клетки, а также мышечно-тонические и нейроваскулярные «туннельные» синдромы в краниовертебральной зоне и ШОП. Кинестезическая диагностика выявила болезненность мягких тканей преимущественно в межлопаточных отделах, в области дыхательной диафрагмы, ограничение экскурсии грудной клетки. Метод НЭК выявил изменение кислотно-основного баланса на границе гематоэнцефалического барьера в виде гипоксии структур мозга и церебрального ацидоза, связанных с нарушением кинетики фасций и краниальных мембран, способствующих замедлению мозгового кровотока и затруднению венозного оттока.

Комплекс реабилитационных мероприятий подбирался индивидуально и включал: медикаментозную терапию (ноотропные, антиоксидантные препараты для коррекции церебрального метаболизма), физиотерапевтические методы - низкочастотную магнитотерапию на заднюю поверхность грудной клетки с использованием аппарата «Алмаг-02» (10-12 процедур), ультравысокочастотную терапию (УВЧ-терапию) в слаботепловой дозе на область проекции корней легких (5 процедур), аэроионотерапию с помощью аппарата АИДт-01 «Аэровион» (10-12 процедур) – с целью улучшения функции дыхания, сна, уменьшения астено-вегетативных проявлений. Пациентам назначалась прерывистая гипоксическая тренировка, дыхательная гимнастика 2- 3 раза в день по 20 минут; лечебная физкультура (суставная и вестибулярная гимнастика) ежедневно по 30 минут; массаж грудной клетки ежедневно по 15 минут. Мягкотканевая мануальная терапия проводилась всем пациентам для улучшения церебрального метаболизма и включала релаксацию мышц плечевого пояса, шейного отдела позвоночника, кранио-вертебральной зоны, диафрагмы в количестве 6-7 процедур. Также всем пациентам проводилась мобилизация грудной клетки и ребер с применением МЭТ для улучшения вентиляции легких и устранения тканевой гипоксии. Мобилизация ребер и лимфодренажные техники оказывали также существенное воздействие на устранение панических расстройств [6,7]. При выявлении повышенного уровня тревожности и депрессивной симптоматики психологические методы коррекции включали аутотренинг и рациональную психотерапию с БОС-тренингом. При выявлении когнитивных нарушений коррекции применялся когнитивный тренинг. На фоне проведенных реабилитационных мероприятий все пациенты отметили улучшение общего состояния, регресс симптомов и повышение качества жизни.

Заключение. В ходе проведенного исследования было выявлено, что основными проявлениями постковидной энцефалопатии являются цереброастенический и вестибуло-атактический синдромы, при этом степень их выраженности прямо пропорциональна тяжести течения коронавирусной инфекции в анамнезе. Комплексная реабилитация, проводимая мультидисциплинарной командой в условиях медицинского центра, включая медикаментозную терапию, дыхательную гимнастику, лечебную физкультуру, физиотерапию, массаж грудной клетки, является эффективной мерой компенсации выраженности постковидной энцефалопатии. Применение методов мануальной терапии является патогенетически оправданным, так как воздействует на ключевые звенья развития пост-ковидного синдрома за счет активизации механизмов саногенеза.

Список литературы:

1. Hannah E. Davis, Gina S. Assaf, Lisa McCorkell, Hannah Wei, Ryan J. Low, Yochai Re'em, Signe Redfield, Jared P. Austin, Athena Akrami. Characterizing Long COVID in an International Cohort: 7 Months of Symptoms and Their Impact. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.12.24.2024880>
2. Васильева А. В. Психические нарушения, связанные с пандемией COVID-19 (международный опыт и подходы к терапии). Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2020; 120(9): 121–129. <https://doi.org/10.17116/jnevro2020120091121>
3. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 12 (21.09.2021).
4. Лебедева Д.И., Кутергина Т.И., Туровина Е.Ф., Елфимова И.В., Орлова А.С. Лечение постковидной энцефалопатии. Вестник восстановительной медицины. 2021; 20 (6): 40-47. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2021-20-6-40-47>
5. Mishina I.E., Chistyakova Yu.V., Pchelintseva E.V., Mitryaeva I.V., Fokicheva S.O., Berezina E.V., Bendin D.S. Effectiveness of Medical Rehabilitation of Patients after a New Coronavirus Infection in a Day Hospital. Bulletin of Rehabilitation Medicine. 2022;21 (3): 9-23. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2022-21-3-9-23>
6. Сафонищева О.Г. Способ коррекции функционального состояния организма человека. Патент на изобретение RU 2163795 C1, 10.03.2001. Заявка № 2000105235/14 от 02.03.2000.
7. Сафонищева О.Г., Кузнецова О.В. Лимфатический дренаж. Учебное пособие. Рекомендовано к изданию проблемной комиссией «Реабилитация больных с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата» 16 декабря 2000. / Новокузнецк, 2000.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ОМЕГА-3 ПНЖК В ЛЕЧЕНИИ ШЕЙНЫХ ДОРСОПАТИЙ.

*Царев Ю. К., Золотарева М. А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования "Кировский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Одной из наиболее частых проблем, с которой приходится сталкиваться врачу мануальному терапевту, является боль в шейном отделе позвоночника, в частности, умеренный и выраженный миофасциальный болевой синдром (МФБС) при дорсопатиях. Несмотря на многочисленные методы лечения и реабилитации данной патологии, их оптимизация требует доработки и совершенствования.

В цели работы поставлена оценка эффективности применения мануальной терапии (МТ) методиками мягких мануальных техник у пациентов с дорсопатией шейного отдела позвоночника (ШОП) с МФБС в комплексе с Омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами (Омега-3 ПНЖК). Эффективность МТ при дорсопатиях давно не вызывает споров. В лечебные задачи исследования поставлено устранение функциональных блоков в позвоночнике и, как следствие, достижение уменьшения/устранения проявления МФБС. В целом, манипуляционные техники МТ направлены на работу с компонентами функциональных блоков позвоночника (мышцы, связки, суставы), на восстановление их физиологического состояния и взаимной функциональной гармонии, а также на ликвидацию других, сформировавшихся рефлексорных защитных механизмов, возникших в результате патологического процесса в организме [1, 3, 5, 6]. Таким образом, клинически мы достигаем уменьшение болевого синдрома, увеличение объема движений, восстановление тонуса мышц, конгруэнтности суставных поверхностей, а также улучшение иннервации и кровообращения в позвоночно-двигательном сегменте (ПДС) [1, 3, 5, 6]. Более того, на организменном уровне достигаем психологический и эмоциональный комфорт [7]. Поскольку формирование дорсопатической патологии связано с нарушением клеточного, субклеточного функционирования тканей, составляющих ПДС, то восстановление метаболических процессов посредством улучшения тканевого кровоснабжения и уменьшения неспецифических воспалительных реакций [2, 5], так же лежит в основе патогенетической терапии дорсопатий. Для решения данной задачи, были использованы свойства и механизм действия омега-3 ПНЖК [4, 7, 8]. Омега-3 ПНЖК обладают влиянием на многие биологические процессы, в частности на улучшение функции эндотелия сосудов, вазодилатацию, улучшение реологических свойств крови, уменьшение активности хронического неспецифического воспаления [4, 7, 8]. Поэтому, обоснованно предположить, что МТ в комплексе с Омега-3 ПНЖК способны оптимизировать качество и эффективность лечения пациентов с дорсопатиями.

Принято 48 пациентов в возрасте от 25 до 55 лет. Постановка и обоснование диагноза опирались на сбор жалоб, данных анамнезов, объективного и неврологического статуса, оценку мышечного тестирования, амплитуды движений в шейном отделе позвоночника и интенсивности болевого синдрома с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), а также данных рентгенографии (Rg) или МРТ шейного отдела позвоночника. Пациенты разделены по основным клинико-диагностическим критериям на две сопоставимые группы. Всем пациентам в течение 5-7 дней, ежедневно, проводилась МТ (мягкие мануальные техники, миофасциальный релиз, постизометрическая релаксация). Пациентам I гр. (n-26) наряду с МТ назначали Омега-3 ПНЖК с первого дня лечения в суточной дозе 1800 мг (по 600 мг 3 раза в день во время еды) в течение 70 дней. Пациенты II гр. (n-22) получали только МТ в течение 5-7 дней. Оценка эффективности проводимого лечения у всех пациентов осуществлялась в 1 день, на 7, 14, 42, 70 день и опиралась на комплексный анализ результатов клинических и функциональных методов исследований.

Анализ состояния пациентов I и II гр. после курса МТ показали отсутствие различия в достигнутом эффекте. Так, значительное улучшения в I гр. констатировано у 23 (88,5%) пациентов, улучшение у 3 (11,5%). Во II гр., соответственно у 20 (90,9%) и у 2 (9,1%) человек. Достигнутый эффект лечения сохранялся на 7 и 14 дни наблюдения. Однако, как видно из приведенного графика 1, после МТ сохранение достигнутого эффекта проявлялась более выражено в I гр. Так, наблюдения на 42 и 70 дни показали достоверное отличие в сохранении эффективности лечения МТ в группах. В I гр. на 42 день значительное улучшение констатировано несколько у большего числа 25 (96,1%) пациентов, улучшение у 1 (3,9%), что достоверно отличало от таковых показателей во II гр., соответственно, 19 (86,4%) ($p < 0,05$) и 3 (13,6%). Данная закономерность проявлялась большей достоверностью и на 70 день наблюдения. В I гр. на фоне приема Омега-3 ПНЖК сохранение эффективности МТ со значительным улучшением установлено у 24 (92,3%) ($p < 0,01$), в то время как во II гр. только у 13 (59,1%).

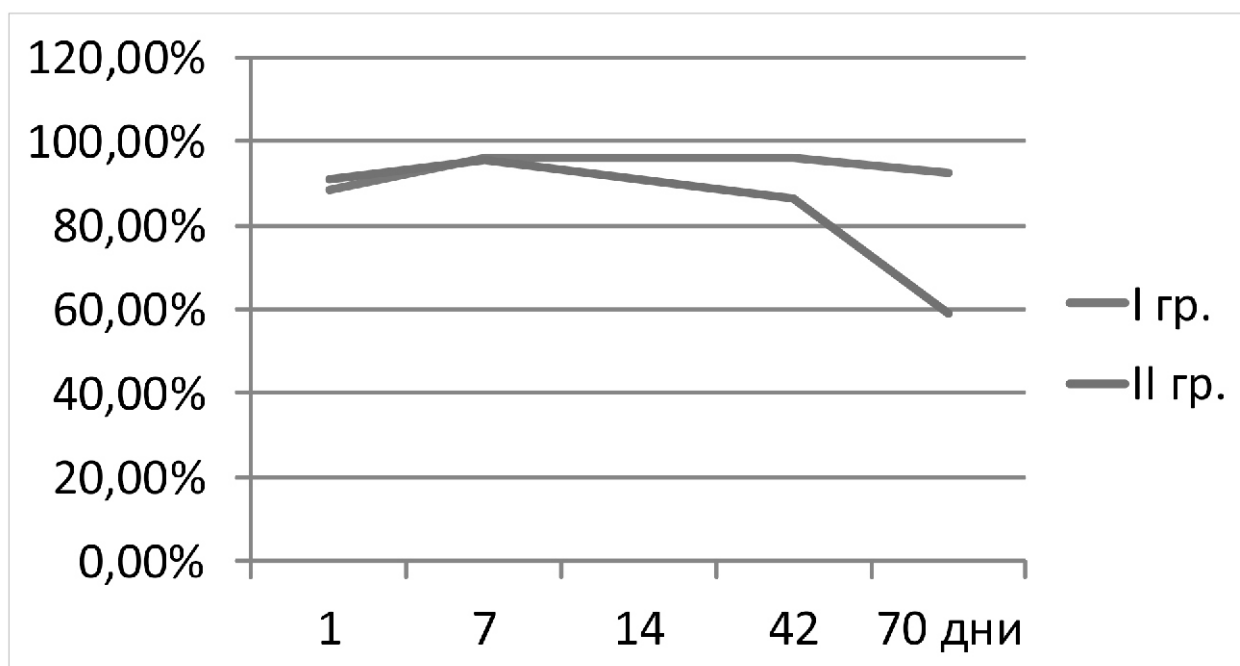


График1. Клинико-функциональная эффективность МТ на фоне приема Омега-3 ПНЖК у пациентов с дорсопатиями шейного отдела позвоночника

Таким образом, применение МТ оказывает выраженный клинический эффект у пациентов с дорсопатией ШОП, но в отдаленный период достигнутая эффективность достоверно снижается. Применение МТ в комплексе с последующем регулярным приемом Омега-3 способствует сохранению достигнутого клинического эффект на протяжении всего периода приема данного продукта.

Список литературы:

1. Иваничев Г.А. Мануальная медицина (мануальная терапия). – М., 1998.
2. Каратаев А.Е, Алейникова Т.Л. // Эйкозаноиды и воспаление. // Современная ревматология. – 2016. - №4 – С. 73-86.
3. Попелянский А.Я. // Клиническая пропедевтика мануальной медицины. – М. 2003.
4. Пристром М.С., Семенчиков И.И., Олихве Ю.А. // Омега 3 полиненасыщенные жирные кислоты: механизмы действия, доказательства пользы и новые перспективы применения в клинической практике. // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. 2 2017. С 75-85.
5. Сафиулина А.А., Иваничев Г.А, Черепнев Г.В., Сафиулина Г.И., Р.А. Якупов Р.А. // Клинико-иммунологические аспекты миофасциальной боли. // Практическая медицина. – 2018. – №10, Том 16. – С.126-129.
6. <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskie-bolevye-myshechnye-sindromy/viewer>
7. <https://norwegianfishoil.ru/blog/klinicheskie-issledovaniya/otsenka-effektivnosti-omega-3-pnzhk-pri-dorsopatii/>
8. <https://cyberleninka.ru/article/n/omega-3-rybiy-zhir-i-omega-3-zhirnye-kisloty-v-profilaktike-serdechno-sosudistyh-zabolevaniy-mif-ili-realnost>

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТОМАТОЛОГА И ОСТЕОПАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А. Е. Червоток, И.А. Егорова

*Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород
Институт Osteопатической Медицины имени В. Л. Андрианова, г. Санкт-Петербург*

На протяжении последних двадцати лет в России формируется модель взаимодействия стоматолога и остеопата в комплексном лечении стоматологических больных. Опыт такого междисциплинарного взаимодействия показал высокую эффективность, главным образом, при лечении больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава и детей с нарушением прикуса. Включение остеопатического пособия в протокол стоматологического лечения предполагает понимание единой общей цели, а также логическую последовательность действия участников комплексного подхода.

Философская концепция остеопатии выстраивается на принципах функционального единства организма, где все тканевые структуры и системы функционально связаны между собой. Функциональное взаимодействие осуществляется посредством движения. Нарушение подвижности той или иной структуры указывает на наличие дисфункции. Остеопат, в ходе обследования, выявляет наиболее значимые дисфункции и проводит коррекцию, восстанавливая тем самым утраченную гармонию и баланс тела. Такие универсальные философские принципы позволяют остеопатии с легкостью интегрироваться в процесс комплексного лечения больных с различной патологией. Примером тому является творческий союз стоматолога и остеопата.

С глобальной точки зрения функциональная взаимосвязь височно-нижнечелюстного сустава не ограничивается только зубной окклюзией. Необходимо также подчеркнуть его связи с поатурой, черепом и языком.

Важными элементами поатуральной системы являются ее сенсорные входы (поатуральные датчики): вестибулярный лабиринтный, зрительный, проприоцептивный. К проприоцептивным датчикам, помимо прочих, относят различные механорецепторы жевательного аппарата. Установлен и научно доказан факт влияния зубной окклюзии на поатуральное равновесие.

Известно, что к моменту рождения череп ребенка представлен костными пластинами хрящевого и мембранозного происхождения с большим количеством активных зон костного роста и способен деформироваться при рождении в случае воздействия на него избыточной механической силы (компрессия, торсия, тракция). Согласно краниальной концепции, клиновидная и затылочная кости функционально взаимосвязаны с верхнечелюстными костями и нижней челюстью соответственно. Таким образом, важно отметить имеющуюся связь центральных костей черепа (клиновидной и затылочной) с зубной окклюзией.

Язык, располагаясь в ротовой полости и являясь элементом пищеварительной системы, выполняет большое количество функций, включая сосание, глотание, формирование ротовой полости и зубных рядов. При определенных условиях формируется фиксированная диспозиция языка, что не может не сказаться на зубной окклюзии и функции височно-нижнечелюстного сустава.

Протокол остеопатического обследования больного включает: сбор и анализ жалоб и анамнеза; поатуральный осмотр; статодинамический тест с функциональной нагрузкой на ВНЧС; тест поднимающихся пальцев; лингвальный тест; тест ротаторов; оценку активных движений нижней челюсти; оценку тонуса мышц, участвующих в жевании; оценку подвижности ВНЧС.

Опыт двадцатилетнего взаимодействия остеопатов и стоматологов помог нам разработать способ (патент на изобретение) лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и определение оптимальной центральной окклюзии на остеопатическом приеме.

Учитывая многообразие и сложность дисфункциональных нарушений зубочелюстной системы, выстраивание подробного, и в то же время универсального, алгоритма междисциплинарного взаимодействия в настоящее время представляется невозможным. Однако, в общем плане логика траектории такого взаимодействия вполне вероятна. Если в процессе обследования выявлены ведущие экстракраниальные дисфункции, то лечение начинает остеопат, и на это может потребоваться несколько процедур. В случае, если ведущим нарушением является патологическая зубная окклюзия и дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, то лечение начинает стоматолог или стоматолог совместно с остеопатом. Будучи включенным в процесс стоматологического лечения, остеопат осуществляет контроль и адаптацию как элементов жевательного аппарата, так и экстракраниальных структур.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ВОЛНОВАЯ (КВАНТОВАЯ) ТЕРАПИЯ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА

¹Стехин А.А., ¹Яковлева Г.В., ¹Рачин А.П., ²Карасев А.К.
¹Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии
Минздрава России, Москва, Россия
²ООО «Северо-западное проектно-экспертное бюро», Санкт – Петербург, Россия

УДК: [616.34-007.43-007.271]

Резюме: Рассматриваются физические основы инновационного метода волновой (квантовой) терапии грыжи межпозвоночного диска, основанного на восстановлении гомеостатической регуляции и регенерации пораженного органа с использованием смешения волн и резонансного подавления патогенных частот электромагнитной эмиссии в органе с использованием высокотемпературной сверхпроводимости и пред резонансного возбуждения тканей органа на частотах в сантиметровом диапазоне длин волн. Метод по сравнению с аналогом (волновой ударной терапией) позволяет не только снять болевой синдром, но и восстановить начальную структуру межпозвоночного диска.

Ключевые слова: Межпозвоночный диск, грыжи, фаза ассоциированной воды, высокотемпературные сверхпроводники, лечение

WAVE (QUANTUM) THERAPY OF THE INTERVERTEBRAL DISC

¹Stekhin A.A., ¹Yakovleva G.V., ¹Rachin A.P., ²Karasev A.K.
¹National Medical Research Center for Rehabilitation and Balneology, Ministry of Health of Russia,
Moscow, Russia
²North-Western Design and Expert Bureau LLC, St. Petersburg, Russia

UDC: [616.34-007.43-007.271]

Abstract: The physical foundations of the innovative method of wave (quantum) therapy of intervertebral disc herniation are considered, based on the restoration of homeostatic regulation and regeneration of the affected organ using wave mixing and resonant suppression of pathogenic frequencies of electromagnetic emission in the organ using high-temperature superconductivity and pre-resonant excitation of organ tissues at frequencies in the centimeter wavelength range. The method, compared with its analogue (wave shock therapy), allows not only to relieve pain, but also to restore the initial structure of the intervertebral disc.

Keywords: Intervertebral disc, hernias, associated water phase, high-temperature superconductors, treatment

Введение

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночно-двигательных сегментов – настоящая чума 21 века. Это наиболее распространенные хронические заболевания в мире. Статистика ВОЗ свидетельствует: различными болезнями опорно-двигательного аппарата страдает 80% населения [1]. Причем большинство – трудоспособного возраста: от 30 до 50 лет. В Российской Федерации основная часть амбулаторного приема неврологов приходится на пациентов, у которых диагностируются те или иные патологии позвоночника и суставов (https://spinet.ru/public/dinamika_rasprostraneniya_oda.php Spinet.ru). Болезни опорно-двигательного аппарата (ОДА) в РФ по данным «Атласа здоровья» ВОЗ (<http://vestnik.mednet.ru/content/view/1190/30/lang.ru/>) на 100000 населения составляют 976 человек. Смертность населения РФ от болезней костно-мышечной и соединительной ткани в 2019г увеличилась на 26,1% и составила. 4,1 (на 100.000чел.) (6052 человека) (<https://www.cito-prirov.ru/cito/files/science/sbornik.pdf>).

Для лечения грыжи позвоночника в настоящее время применяются хирургические методы и метод ударно-волновой терапии. Хирургические методы лечения грыжи позвоночника, в том числе эндопротезирование и микродискэктомия, дефанотерапия, могут приводить к существенному снижению работоспособности и возможным осложнениям. Ударно-волновая терапия оказывает положительный эффект на пациентов с грыжей позвоночника и другими заболеваниями. Но, тем не менее, подобно другим видам физиотерапии имеет противопоказания. Ударно-волновая терапия не способна ликвидировать грыжу как патологическое выпячивание. Механически разрушенный и деформированный диск останется без изменения, несмотря на значительное улучшение самочувствия.

Воздействие ударных волн на место острой боли в спине, возникшей по поводу грыжи, приводит к тем же результатам, что и применение нестероидных противовоспалительных препаратов или лечебных блокад. Вначале уменьшается отек, затем снижаются проявления воспаления, уменьшается патологически высокий тонус поперечно-полосатых мышц, которые раздражаются грыжей. Все это приводит к уменьшению давления на связки и нервные корешки, к уменьшению выраженности болевого синдрома и к повышению объема движений в спине.

Использование инновационного метода волновой (квантовой) терапии грыжи межпозвоночного диска относится к более эффективному и не повреждающему методу по сравнению с методом сравнения – ударно-волновой терапией грыжи позвоночника. Его преимущества заключаются в большей доступности и низкой стоимости оказания медицинских услуг, так как не требует аппаратного оформления, за исключением изготовления накожных алмазных аппликаторов, которое может быть выполнено в заводских условиях. Метод может быть реализован как в специализированных медицинских учреждениях, так и врачом – неврологом в амбулаторных условиях.

Принцип действия основан на применении накожной экспозиции аппликаторов с алмазной крошкой (ГОСТ Р 51519.2-99), включающей азотно-вакансионные (NV) дефекты структуры, обладающие высокотемпературной электронной сверхпроводимостью [2], которая вступает во взаимодействие с электронно-активными структурами фазы ассоциированной воды систем организма и нормализует обменные электронные процессы поврежденного органа с окружающей средой [3], составляющие основу активизации метаболических процессов в поврежденных структурах органов и восстановления их формообразующей функции, выполняемой квантовой системой делокализованных электронов фазы ассоциированной воды в клеточных и межклеточных пространствах.

Вторым элементом аппликатора, выполняющим функцию предрезонансного подавления колебательного контура волн электронной плотности в структурах фазы ассоциированной воды поврежденного органа, являются однонаправленные проводящие углеродные нити фиксированной длины, в которых в результате обменного взаимодействия со сверхпроводящим током индуцируются колебательные процессы, эквивалентные сантиметровому диапазону длин волн электромагнитного излучения. Наведенные осцилляции тока приводят к подавлению колебаний в сантиметровом диапазоне длин волн, возбуждаемых в патологически-измененном органе (межпозвоночном диске).

Физический механизм работы пассивного алмазного аппликатора основан на возбуждении волн поляризации, оказывающих влияние на электропроводящие структуры органа. В гранулированных системах, включая алмазные, существует обменное магнитное взаимодействие (фрустрация), которая приводит к возникновению "сверхпроводящего стекла", эквивалентного XY-спин-стеклу (немагнитные материалы с включением магнитных примесей с относительной концентрацией магнитных ионов от 10^{-3} до 10^{-1}). Последние демонстрируют динамику вырожденных состояний за счет формирования протяженных спиновых ансамблей (для этого требуется протяженный тонкий слой сверхпроводящего материала на основе NV центров) [4,5]. Это также обеспечивает возможности сверхпроводящих цепей из долгоживущих электронных и ядерных спиновых ансамблей NV центров (бозе-конденсата электронов) к эффективной интерференции на протяженной системе NV центров взаимодействующих бозе-систем [6] (на основе согласования поляризаций с взаимодействующим сверхпроводящим объектом – фазой ассоциированной воды органа).

Таким образом, механизм работы алмазного аппликатора можно представить в виде следующих процессов: отрицательно заряженный NV центр алмаза (переход $NV^- \rightarrow NV^0$) вовлекается в перенос заряда с заселением 3E уровня, переходящего через синглетное состояние на уровень 3A с образованием нейтрального дефекта (NV^0) и делокализацией электрона в проводящие структуры графита (углеродные нити). Квантовая электродинамика NV центров в нанокристаллах алмаза характеризуется тем, что после ряда последовательных циклов возбуждения и эмиссии электронов NV центр с высокой вероятностью (порядка 90%) сохраняет электронное спиновое состояние ($m_s=0$), то есть сохраняется поляризация среды [7], что обеспечивает наведение индуцированных токов в тонкодисперсной алмазно-графитовой композиции. Квантовое смешивание с сопряженным квантовым объектом (водной средой организма) и генерационная активность углеродных нитей в сантиметровом диапазоне длин волн обеспечивают не только дополнительное поддержание сверхпроводящего состояния в структурах фазы ассоциированной воды органа, но и подавление в нем патогенных частот квантовой генерации, что стимулирует процессы возвращения его формы в нормальное (исходное – то есть до повреждения) состояние.

Длительная экспозиция (несколько суток) накожной аппликации алмазной крошки, обладающей высокотемпературной электронной сверхпроводимостью, требуемая для поддержания процесса во времени, приводит к усилению метаболизма тканей, восстановлению формы межпозвоночной грыжи (за счет реорганизации объемной структуры квантовых осцилляторов (делокализованных электронов) в составе фазы ассоциированной воды органа), позволяет восстановить питание тканей диска, выправить положение позвонков и выработать правильные двигательные стереотипы у пациента.

Электрон-донорное действие алмазных аппликаторов, реализуемое в процессе лечения, не оказывают побочного влияния на клеточные структуры, но приводят к активации целого комплекса метаболических процессов, включая энергетическую функцию клеток, гормональную активацию и регуляцию, активацию клеточного цикла и экспрессии генов и др.

Апробация аппликаторов в комбинации с использованием дистанционной коррекции «флюидной системой» (электрон-донорной водой, восстанавливающей обменные электронные процессы в организме) на волонтерах показала следующие результаты:

1. Поликлиника РАН, г. Москва, ул. Обуха, 14 – улучшение самочувствия волонтеров, отсутствие негативного влияния.

2. ФГУП «Центр экстремальной медицины» (г. Москва, Большая оленья ул., 8) - Исследования на 90 пациентов с нормальным состоянием здоровья возрастом от 22 до 75 лет по оценке изменения состояния функциональных систем организма на 5-10 минутное воздействие. Происходят положительные изменения функционального состояния (снижается степень напряжения регуляторных систем (неспецифическая основа любой патологии), повышается функциональная активность (функциональных резервов, активизация адаптационных и восстановительных процессов).

3. 6 городская клиническая больница (Москва, Новая Басманная улица, д.26, к.1) – Исследования на базе Центра интервенционной кардиоангиологии:

Исследования на больных ИБС, миомы матки, кисты яичника, фиброзно-кистозной мастопатии, невротозов (всего 28 чел.) показали, что использование системы для коррекции имеющихся нарушений показало ее высокую эффективность при наличии доброкачественных новообразований, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, невротозов. В частности, у пациентов с нарушениями функций работы центральной нервной системы отмечалось улучшение согласования работы полушарий головного мозга.

В заключении специалистов больницы отмечалось, что метод требует дальнейшей клинической апробации и изучения механизмов действия.

Результаты клинико-лабораторных анализов показателей крови (общий анализ крови, биохимический анализ показателей липидного обмена, оценка уровня здоровья по лейкоцитарной формуле) подтверждают данные клинической апробации. В частности, изменения показателей крови человека находятся в следующих пределах: дифференциальные изменения состояния гемоглобина (0,9), эритроцитов (2,7), гематокрита (1,1), тромбоцитов (-2,9), лейкоцитов (8,5), СОЭ (17,0), что указывает на повышение митотической активности клеток, ускорение процессов репарации, стимуляции гемопоэза и растворения фибринового сгустка, активизацию регенеративных процессов в костном мозге, повышения концентрации липидов высокой плотности. При этом время исчерпания запасов кислорода уменьшилось на 38,8%, константа скорости поглощения кислорода повысилась на 11%, что указывает на стимуляцию (ускорение) и нормализацию процессов тканевого дыхания.

Полученные результаты отражают общесистемное действия метода В(К)Т, которое может дополняться использованием информационных свойств «флюидной системы» (электрон-донорной воды, подвергаемой физической активации той же алмазной композиции, что и в методе В(К)Т).

Общесистемное действие электрон-донорных аппликаторов, включающих в качестве необходимого элемента технологию предрезонансного подавления квантовых осцилляций межпозвоночного диска на патологических частотах в сантиметровом диапазоне длин волн, является необходимым условием для реализации терапевтического влияния на патологии позвоночника (грыжи).

Пример лечения аппликатором: Пациентка Л. 45 лет, обратилась с жалобами с хронической болью, нарушениями чувствительности в пояснице и шее, испытывает дискомфорт, который усиливается при резких движениях. Возможная причина – сидячая работа в неудобном положении, стрессы. Симптоматично – пролапс.

Объективно: по данным МРТ обнаружены преимущественно заднебоковые выпячивания малых размеров 1-5 мм (С2-С3; Th3-Th4; Th7-Th8; L2-L3; L3-L4) и больших размеров: 9-12мм – L4-L5; 6-8 мм – С2-С3.

После недельной коррекции аппликатора выпячивания большого размера сократились до 1-5 мм, прекратились боли. Пациент перешел на обычный режим повседневной жизни. Однако в течение нескольких недель боли меньшей интенсивности появлялись вновь, что, очевидно, связано с сохранением причин возникновения патологии. Повторная экспозиция аппликатора приводила к прекращению боли. Рекомендовано изменить рабочее место и положение во время сидения (сбалансировать нагрузки на позвоночник), регулярно осуществлять упражнения ЛФК (приседания с сохранением вертикального положения спины, подъем ног (лежа) до подбородка, щадящие мануальные процедуры в области шеи, грудного и поясничного отделов, регулярные пешие прогулки малого темпа).

Выводы:

Таким образом, предлагаемый метод лечения межпозвонковой грыжи, основанный на инновациях в области квантовой биофизики, рассматривающей полевое (сверхпроводящее) состояние фазы ассоциированной воды организма в качестве первичного (физического) звена управления клеточным метаболизмом и формообразования органов, относится к новой медицинской практике немедикаментозного и неинвазивного лечения заболеваний межпозвонкового диска. Метод обладает преимуществами по сравнению с текущей медицинской практикой, не имеет противопоказаний и может использоваться, в том числе, для лечения пациентов с полиорганной патологией.

Список литературы:

1 Michael Drozd, Mar Pujades-Rodriguez, Patrick J Lillie, Sam Straw, Ann W Morgan, Mark T Kearney, Klaus K Witte, Richard M Cubbon. Non-communicable disease, sociodemographic factors, and risk of death from infection: a UK Biobank observational cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2021; 21(8): 1184-1191. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30978-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30978-6).

2 Casola F., Van der Sar T., Yacoby A. Probing condensed matter physics with magnetometry based on nitrogen-vacancy centers in diamond. *Nature Reviews Materials*. 2018; 3:17088.

3 Стехин А.А., Яковлева Т.В., Марасанов А.В., Карасев А.К., Иксанова Т.И., Шовкопляс Ю.А., Гукасов В.М. Обменные электронные взаимодействия как основа биофизических регуляторных процессов. *Медицина и высокие технологии*. 2019. № 1. С. 5-15.

4 Klemencic G.M., Fellows J.M., Werrell J.M., Mandal S., Giblin S.R., Smith R.A., Williams O.A. Observation of a superconducting glass state in granular superconducting diamond. *Science and Technology of Advanced Materials*. 2017; 18(1):

5 Casola F., Van der Sar T., Yacoby A. Probing condensed matter physics with magnetometry based on nitrogen-vacancy centers in diamond. *Nature Reviews Materials*. 2018; 3:17088.

6 Keser A.C. Classical analogies in the solution of quantum many-body problems. Springer Nature Switzerland AG 2018. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-00488-0>.

7 Цуканов А.В. NV центры в алмазе. Часть II: спектроскопия, измерения, квантовые операции. *Микроэлектроника*. 2012; 41: 163–180.

Bibliography:

1 Michael Drozd, Mar Pujades-Rodriguez, Patrick J Lillie, Sam Straw, Ann W Morgan, Mark T Kearney, Klaus K Witte, Richard M Cubbon. Non-communicable disease, sociodemographic factors, and risk of death from infection: a UK Biobank observational cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2021; 21(8): 1184-1191. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30978-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30978-6).

2 Casola F., Van der Sar T., Yacoby A. Probing condensed matter physics with magnetometry based on nitrogen-vacancy centers in diamond. *Nature Reviews Materials*. 2018; 3:17088.

3 Stekhin A.A., Yakovleva T.V., Marasanov A.V., Karasev A.K., Iksanova T.I., Shovkoplyas Yu.A., Gukasov V.M. Exchange electronic interactions as the basis of biophysical regulatory processes. *Medicine and high technologies*. 2019. No. 1. P. 5-15.

4 Klemencic G.M., Fellows J.M., Werrell J.M., Mandal S., Giblin S.R., Smith R.A., Williams O.A. Observation of a superconducting glass state in granular superconducting diamond. *Science and Technology of Advanced Materials*. 2017; 18(1):

5 Casola F., Van der Sar T., Yacoby A. Probing condensed matter physics with magnetometry based on nitrogen-vacancy centers in diamond. *Nature Reviews Materials*. 2018; 3:17088.

6 Keser A.C. Classical analogies in the solution of quantum many-body problems. Springer Nature Switzerland AG 2018. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-00488-0>.

7 Tsukanov A.V. NV centers in diamond. Part II: spectroscopy, measurements, quantum operations. *Microelectronics*. 2012; 41:163–180.

Информация об авторах

Стехин Анатолий Александрович, кандидат технических наук, ведущий научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, Scopus Author ID-2342631200, ID РИНЦ – 837609, <https://orcid.org/0000-0002-8750-0686>, E-mail: Stekhin-aa@mail.ru,

Яковлева Галина Васильевна, кандидат технических наук, старший научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, Scopus Author ID-55863873400, ID РИНЦ-865322, <https://orcid.org/0000-0002-8766-2773>, E-mail: galya.yakovleva.43@inbox.ru

Рачин Андрей Петрович – доктор медицинских наук, заместитель директора, Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России,

Карасев Александр Кириллович - ведущий специалист-эксперт ООО «Северо-западное

проектно-экспертное бюро».

Вклад авторов:

Стехин Анатолий Александрович — проверка критически важного содержания, написание текста, утверждение рукописи для публикации;

Яковлева Галина Васильевна — обзор публикаций по теме статьи.

Рачин Андрей Петрович – дизайн работы

Карасев Александр Кириллович – обработка данных.

Information about authors:

Stekhin Anatoly Aleksandrovich, Candidate of Technical Sciences, Leading Researcher, National Medical Research Center for Rehabilitation and Balneology of the Russian Health Ministry, Scopus Author ID-2342631200, ID RISC-837609, <https://orcid.org/0000-0002-8750-0686>, E-mail: stekhin-aa@mail.ru

Yakovleva Galina Vasilievna, Candidate of Technical Sciences, Senior Researcher, National Medical Research Center for Rehabilitation and Balneology of the Russian Health Ministry, Scopus Author ID-55863873400, ID RSCI-865322, <https://orcid.org/0000-0002-8766-2773>, E-mail: galya.yakovleva.43@inbox.ru

Authors' contribution:

Stekhin Anatoly Alexandrovich - checking critical content, writing the text, approving the manuscript for publication;

Yakovleva Galina Vasilievna - study design development, a review of publications on the topic of the article.

Rachin Andrey Petrovich – work design.

Karasev Alexander Kirillovich - data processing.

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА.

Ю.О. Новиков

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России (ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России), Уфа, Российская Федерация.

Аннотация: В статье представлен возможность проведения принципов доказательной медицины при проведении мануальной терапии. Комплементарная медицина, к которой относят мануальную терапию сталкивается с определенными трудностями при проведении рандомизированных клинических испытаний. Для мануальной терапии, по нашему мнению необходима новая парадигма научно обоснованных клинических исследований.

Ключевые слова: доказательная медицина, комплементарная медицина, мануальная терапия

MANUAL THERAPY AND EVIDENCE-BASED MEDICINE.

Yu.O. Novikov

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Bashkir State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation (BSMU BSMU of the Ministry of Health of the Russian Federation), Ufa, Russian Federation.

Abstract: The article presents the possibility of carrying out the principles of evidence-based medicine during manual therapy. Complementary medicine, which includes manual therapy, faces certain difficulties when conducting randomized clinical trials. For manual therapy, in our opinion, a new paradigm of scientifically based clinical research is needed.

Keywords: evidence-based medicine, complementary medicine, manual therapy

Несмотря на уже полувековую историю мануальной терапии в нашей стране, дискуссии о ее эффективности и научности не теряют своей актуальности. Что и предопределяет формат исследовательских работ по мануальной терапии, основанных на evidence-based medicine. «Золотым стандартом» доказательной медицины являются рандомизированные контролируемые испытания (РКИ), с двойным ослеплением, которые относят к I классу исследований, рекомендуемые в медицинской практике в качестве наиболее достоверной информации. Первая фундаментальная монография, посвященная РКИ была опубликована Арчибальдом Кокраном в 1972 г. [2].

Эффективность лечения определяется либо наблюдением, либо проведением клинического испытания. К первой группе относят проспективные когортные исследования (КИ), недостатками данного метода считают включение в группу исследования большого количества наблюдений, которое проводится в течение длительного времени и позволяет оценить воздействие небольшого количества лечебных факторов. Основным недостатком исследования заключается в систематическом отклонении результатов от истинных значений, связанное с особенностями проведения исследования. Рандомизируемые контролируемые исследования (РКИ) с двойным ослеплением относят к группе клинических исследований, которые по степени контролируемости и управляемости превосходят КИ, что значительно снижает уровень систематических ошибок. Пациенты, включаемые в РКИ случайным образом, делят на сравниваемые группы, с соблюдением критериев включения для снижения уровня разнородности и повышения достоверности исследования. Для исследования эффективности предлагаемого метода лечения необходимо его сравнения с результатами других лечебных манипуляций [3].

Оценка эффективности изучаемого метода лечения возможна только при сравнении его с другими лечебными манипуляциями:

- Слепой метод заключается в отсутствии информированности о проводимом исследовании. Метод применяется для исключения субъективных факторов, которые могут повлиять на результат эксперимента.

Двойной слепой метод заключается в том, что не только испытуемые, но и экспериментаторы остаются в неведении о важных деталях эксперимента до его окончания. Двойной слепой метод исключает неосознанное влияние экспериментатора на испытуемого, а также субъективизм при оценке

экспериментатором результатов эксперимента.

- Отсутствие какого-либо вмешательства без медицинского наблюдения
- Наблюдение, когда пациенты контрольной группы не получают никакого лечения, но участвуют в качестве группы наблюдения. Что в некоторых случаях приводит к искажению результата (хоторнский эффект (англ. Hawthorne effect)). Участники исследования действуют иначе, более усердно, чем обычно, только благодаря осознанию того, что они причастны к эксперименту.
- Эффект плацебо. Применение вещества-пустышки, для имитации лекарственного средства в исследованиях. Однако, оцениваемый эффект от лечения может быть искажён верой самого пациента в действенность препарата.
- Сравнение исследуемого лечения со стандартом медицинской помощи при исследуемом заболевании [4].

Очевидно, что вышеперечисленные вмешательства оправданы с точки зрения безопасности и возможного благоприятного влияния на состояние здоровья населения только для фармакоэпидемиологии. Однако, в последние десятилетие появилась отчетливая тенденция «научообразить» статьи и по комплементарной медицине.

Бесспорно, что предлагаемые методы доказательной медицины затруднительно, а порой и невозможно использовать при проведении клинических испытаний в комплементарной медицине, к которой относят и мануальную терапию [5].

Giandomenico D. с соавт. в методологическом обзоре отмечают, что применение «фиктивных вмешательств» в мануальной терапии ограничено, что влияет на силу доказательств. В обзоре были обсуждены методологические аспекты планирования будущих исследований и даны рекомендации по контролю за допущением равенства манипуляций [6].

В статье Chaibi A. с соавт. сравнивали высокоскоростные, низкоамплитудные техники (манипуляции) и плацебо-вмешательство, вызывая широкий неспецифический контакт и низкоскоростной, низкоамплитудный фиктивный толчок [7].

При анализе статей с РКИ мы обратили внимание, что основной массив научных исследований выполняется как вмешательство-плацебо, либо сравнение с группой контроля, получающей лечение согласно стандартам медицинской помощи при данном заболевании.

В кокрановском систематическом обзоре A. Gross с соавторами провели оценку эффективности манипуляции и мобилизации при боли в шее. Обзор включает в себя 51 исследование: в 18 из них в качестве сравнения использовались группы без лечения или с симуляцией лечения; в 34 – с другими видами лечения (электротерапия, физические упражнения, медикаментозная терапия) [8].

Имитацию движений с мобилизацией применяли в исследовании патологии манжеты ротаторов плеча [9].

Имеются работы, в которых в основной группе применялись высокоскоростные, низкоамплитудные манипуляции на позвоночнике, а в контрольной группе – имитация ультразвуковой терапии [10].

Перечисленные выше работы выполнены в соответствии с правилами подготовки статей к публикации, с использованием современных научных данных и индивидуальным подходом к лечению каждого пациента. Поскольку РКИ обладают высокой доказательностью, позволяют выявлять причинно-следственную связь между терапией и исходом болезни, оценивать эффективность лечения, вполне объяснимо желание авторов их использовать.

Однако если РКИ в фармакоэпидемиологических работах выглядят убедительно, то их применение в мануальной терапии вызывает определенные трудности и сомнения в достоверности полученных результатов. Обращают на себя внимание, прежде всего, небольшие размеры выборок, короткий период наблюдения, недостоверный анализ исследования. Вместо клинических исходов часто используются суррогатные конечные точки (косвенные критерии оценки). Не учитываются механизмы саногенеза. Не проводится ослепление исследования. Вызывает сомнение корректность применения в качестве контроля имитация процедур, использования комплементарной и конвенциональной медицины.

Нами был предложен новый подход к проведению исследований, позволяющий, по нашему мнению, получить достоверные результаты при использовании мануальной терапии.

В первых работах мы выполнили проспективное когортное исследование 26 пациентов с первичным гонартрозом. В ответ на ручную коррекцию мы выделили три типа реакции организма: моментальная, быстрая и отсроченная. Моментальная ответная реакция, как правило, наблюдается в течение первых 5-10 мин. Она соответствует температурным изменениям в теле, которые фиксировали при помощи тепловизора.

Быстрая реакция на лечебное воздействие наблюдалась в течение 15-30 минут, редко до 1 часа. Она проявлялась в изменении болевого синдрома, которое оценивалось с помощью визуально-

аналоговой шкалы боли и тензоальгометрии. Данные углометрии пораженного сустава также коррелировали с интенсивностью болевого синдрома.

Отсроченную ответную реакцию (через 1-2 недели) после лечения определяли по динамике воспалительной активности синовиальной жидкости, которую оценивали при помощи хемилюминесценции.

Анализ информативности выбранных показателей проводили с позиций рассмотрения абсолютного значения среднего эффекта и устойчивости его проявления у всей совокупности пациентов. Абсолютный эффект оценивали при помощи среднего арифметического (M), его устойчивость – с использованием характеристик вариации – среднеквадратического отклонения (σ) и коэффициента вариации. Для получения прогнозных оценок, характеризующих эффект от проводимого воздействия, использовали регрессионный анализ. В рамках данного этапа проводили построение зависимостей вида $y=kx$, связывающих показатели до и после лечения. При таком подходе угловой коэффициент k имеет прозрачную трактовку: он характеризует то, во сколько раз в среднем возрастает показатель после воздействия. Качество построенных регрессионных зависимостей оценивали при помощи коэффициента детерминации (R^2), их статистическую значимость – F-критерием Фишера (F), статистическую значимость коэффициента k – t-критерием Стьюдента. Для выявления наиболее информативной совокупности показателей, используемых для оценки эффекта от проводимого лечения, применяли метод главных компонент [11].

Следующим исследованием, где использовалась новая парадигма диагностики, было изучение коррекции мышечной кривошеи вследствие родовой травмы (код по МКБ-10: Р 15.8) у 57 детей. Пациенты были распределены случайным образом на две группы. Пациенты основной группы (32 ребенка) получали остеопатическую коррекцию в количестве 3-5 процедур. Пациенты контрольной группы (25 детей) получали физиотерапию, массаж и ортезирование ежедневно на протяжении 2 недель. Проводили сонографию шейного отдела позвоночника для определения положения зуба аксиса с подсчетом коэффициента асимметрии и оценки состояния *musculus rectus capitis major*, *musculus sternocleidomastoideus* до и после лечебной процедуры. В группах также были выделены три типа реакции – моментальная, быстрая и отсроченная. К моментальной реакции мы отнесли полное устранение или существенное уменьшение биомеханических и тонусных нарушений в шее. К быстрой реакции мы отнесли уменьшение болевого синдрома, изменения показаний углометрии. К отсроченной реакции мы отнесли катamnестическое исследование с подсчетом соответствующих коэффициентов. Для оценки статистической значимости различий повторных измерений использовали парный t-критерий Стьюдента, непараметрические критерии Манна-Уитни [12].

Нам представляется интересным факт физиологических реакций на определенное нефармакологическое вмешательство. В литературе мы обнаружили описываемые нами реакции без их разделения на три типа.

Так, при проведении тайского массажа для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата используются так называемые основные сигнальные точки (*specific major signal points*), воздействие на которые приводит к увеличению кровотока и изменению кожной температуры на 30-60 секунде отдаленных зон, которое фиксировались при помощи тепловизора [13]. Такие изменения кровотока происходили в течение 30 секунд – 1 минуты, что позволяет их отнести к моментальной реакции.

В других исследованиях было показано быстрое уменьшение боли и увеличение объема движений в шейном отделе позвоночника после процедуры мануальной терапии [14; 15]. Это происходило через 1-30 минут, что позволяет считать такие реакции быстрыми.

Наконец, к отсроченной ответной реакции после лечения можно отнести изменение концентрации провоспалительных цитокинов и глюкокортикоидов при проведении курса мануальной терапии [16; 17]

Таким образом, предлагаемая парадигма рандомизированных исследований позволяет использовать доказательные методики в комплементарной медицине, в том числе мануальной терапии. Выделение трех типов реакции организма на лечебное вмешательство – моментальная, быстрая и отсроченная – позволяет получить достоверные и корректные результаты при лечении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. https://ru.wikipedia.org/wiki/Мануальная_терапия
2. Cochrane A. L. Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. – 1972. - 92 p.
3. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. – Москва: Медиа Сфера. 1998: 347 с.
4. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2004: 240 с.

5. Новиков Ю. О., Цыкунов М. Б., Шаяхметов А. Р. Клиническая эпидемиология в комплементарной медицине (дискуссия) // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2021. – № 6. – С. 465-474. – DOI 10.33920/med-01-2106-06.
6. Giandomenico D, Nuria R, Alessandro A, Matteo G, Mattia I, Marco T, Francesco C. Differences between experimental and placebo arms in manual therapy trials: a methodological review. *BMC Med Res Methodol.* 2022 Aug 8;22(1):219. doi: 10.1186/s12874-022-01704-8. PMID: 35941533; PMCID: PMC9358888.
7. Chaibi A, Šaltytė Benth J, Bjørn Russell M. Validation of Placebo in a Manual Therapy Randomized Controlled Trial. *Sci Rep.* 2015 Jul 6;5:11774. doi: 10.1038/srep11774. PMID: 26145718; PMCID: PMC4491841
8. Gross A, Langevin P, Burnie SJ, Bédard-Brochu M, Empey B, Dugas E, Faber-Dobrescu M, Andres C, Graham N, Goldsmith CH, Brønfort G, Hoving JL, LeBlanc F. Manipulation and mobilisation for neck pain contrasted against an inactive control or another active treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No.: CD004249. DOI: 10.1002/14651858.CD004249.pub4
9. Baeske, R., Hall, T. & Silva, M.F. The inclusion of mobilisation with movement to a standard exercise programme for patients with rotator cuff related pain: a randomised, placebo-controlled protocol trial. *BMC Musculoskelet Disord* 21, 744 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03765-6>
10. Dougherty, Paul E., et al. "Spinal manipulative therapy for chronic lower back pain in older veterans: a prospective, randomized, placebo-controlled trial." *Geriatric orthopaedic surgery & rehabilitation* 5.4 (2014): 154-164. <https://doi.org/10.1177/2151458514544956>
11. Novikov Y. O. et al. Immediate, fast, and overcome response of the organism in response to energy osteopathy on the model of primary gonarthrosis (polyparametric and statistical studies) // *Chinese Medicine and Culture.* – 2019. – Т. 2. – №. 4. – С. 196-202. DOI: 10.4103/CMAC.CMAC_41_19
12. Новиков Ю. О. , Мохов Д. Е., Амиг Ж. П., Мусина Г. М., Шаяхметов А. Р. Рандомизированное контролируемое исследование эффективности остеопатической манипуляционной коррекции при мышечной кривошее вследствие родовой травмы // *Российский остеопатический журнал.* – 2019. – №. 1-2. – С. 6-18.
13. Plakornkul V, Vannabhum M, Viravud Y, et al. The effects of the court-type Thai traditional massage on anatomical relations, blood flow, and skin temperature of the neck, shoulder, and arm. *BMC Complement Altern Med.* 2016;16:363. Published 2016 Sep 15. doi:10.1186/s12906-016-1282-y
14. Galindez-Ibarbengoetxea X, Setuain I, Ramírez-Velez R, Andersen LL, González-Izal M, Jauregi A, Izquierdo M. Immediate Effects of Osteopathic Treatment Versus Therapeutic Exercise on Patients With Chronic Cervical Pain. *Altern Ther Health Med.* 2018 May;24(3):24-32. PMID: 29135458
15. Vigotsky AD, Bruhns RP. The Role of Descending Modulation in Manual Therapy and Its Analgesic Implications: A Narrative Review [published correction appears in *Pain Res Treat.* 2017;2017:1535473]. *Pain Res Treat.* 2015;2015:292805. doi:10.1155/2015/292805
16. Gevers-Montoro C, Romero-Santiago M, Losapio L, Conesa-Buendía FM, Newell D, Álvarez-Galovich L, Piché M, Ortega-De Mues A. Presence of Tumor Necrosis Factor-Alpha in Urine Samples of Patients With Chronic Low Back Pain Undergoing Chiropractic Care: Preliminary Findings From a Prospective Cohort Study. *Front Integr Neurosci.* 2022 Apr 12;16:879083. doi: 10.3389/fnint.2022.879083. PMID: 35492573; PMCID: PMC9039288
17. Kovanur-Sampath K, Mani R, Cotter J, Gisselman AS, Tumilty S. Changes in biochemical markers following spinal manipulation-a systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract.* 2017 Jun;29:120-131. doi: 10.1016/j.msksp.2017.04.004. Epub 2017 Apr 5. PMID: 28399479.

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

От редакции

Мы открываем на страницах Бюллетеня клуб по обмену мнениями о формах развития мануальной терапии в нашей стране. Основанием к открытию клуба, явилось возникновение различных школ, претендующих на приоритеты своего направления. В нашей стране акценты были сделаны на вправление вывихов, медицинский массаж в комбинации с лечебной гимнастикой, а в дальнейшем мануальная терапия. В 20 годах стала развиваться прикладная кинезиология и остеопатия. Нам представляется, что обсуждение роли различных школ в развитие общего направления мануальной терапии поможет найти место каждого из направлений, и в дальнейшем определить значение разных подходов в понимании того, как наиболее эффективно лечить больного с функциональными нарушениями костно-мышечной системы и применение этих знаний в лечении профилактике и реабилитации этих пациентов..

ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО О ДУБЛИРОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНОЙ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РОССИИ ТРАДИЦИОННО-МЕДИЦИНСКОЙ АМЕРИКАНСКОЙ МЕТАФИЗИЧЕСКОЙ КОММЕРЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНОЙ ОСТЕОПАТИЕЙ.

Ю.А. Криво, Ю.А. Мачнев, И.А. Воробьевский, И.М. Дерябин, С.В. Сулов

Воронежское общество врачей мануальных терапевтов

Представительство в Воронежской области «Межрегиональной ассоциации общественных объединений врачей мануальной медицины», Воронеж

Аннотация. Статья – письмо о дублирующей мануальную терапию деятельности в России: американской традиционной дисциплине костоправстве, трансформированной проповедником американской методистской церкви Э.Стилом в бизнес на процессе обучения вне медицины под названием остеопатия, с использованием в ней метафизических представлений, сохраняющихся по настоящее время, и о недопустимости заместить американской традиционной и коммерческой деятельностью «osteopathy» – российскую научную медицинскую дисциплину здравоохранения – мануальную терапию, имеющую корни российского образования и российской врачебной медицинской школы.

Ключевые слова: мануальная терапия, доказательная медицина, костоправство, остеопатия, остеопатическое повреждение, соматическая дисфункция, традиционная медицина.

OPEN LETTER ABOUT DUPLICATION OF ACTIVITY OF NATURAL-SCIENTIFIC MANUAL THERAPY IN RUSSIA TRADITIONAL MEDICAL AMERICAN METAPHYSICAL COMMERCIAL DISCIPLINE OF OSTEOPATHY.

Yu.A. Krivo, Yu.A. Machnev, I.A. Vorobyevsky, I.M. Deryabin, S.V. Suslov

Voronezh Society of Doctors of Manual Therapists

Representative office in the Voronezh region of the "Interregional Association of Public Associations of Doctors of Manual Medicine", Voronezh

Annotation. The article is a letter about activities duplicating manual therapy in Russia: the American traditional discipline of bone-setting, transformed by the preacher of the American Methodist Church E. Steele into a business on the process of learning outside of medicine called osteopathy, using metaphysical ideas in it that persist to the present, and about the inadmissibility to replace the American traditional and commercial activities of "osteopathy" - the Russian scientific medical discipline of health care - manual therapy, which has roots in Russian education and the Russian medical school.

Key words: manual therapy, evidence-based medicine, bone-setting, osteopathy, osteopathic injury, somatic dysfunction.

Воронежское общество мануальных терапевтов обеспокоено активностью носителей технологий американской традиционной коммерческой дисциплины «остеопатия» по замещению собою и своими методами и идеологией – российской научной медицинской дисциплины здравоохранения – мануальной терапии: включая знания, методики, учебные планы, стандарты работы, финансирование, кадры, правовые акты. На конференциях и семинарах обществ мануальной медицины обсуждаются агрессивные действия лидеров остеопатии по отношению к специальности мануальная медицина в органах государственной власти, лоббированием формулировок законов, уменьшающих правовое поле мануальной терапии вплоть до исключения специальности мануальная терапия из медицины России.

Обращаем внимание, что идеология российской медицины и ее специальности мануальная терапия строится на общественной полезности, естественно-научном основании, доказуемости, реальности эффективности и безопасности, постоянном и непрерывном обучении, внедрении новых естественно-научных знаний в практику, бескорыстности своих мотивов медицинской врачебной деятельности. Члены воронежского общества мануальных терапевтов поддерживают российскую идеологию медицины практикой, повышая квалификацию, изучая в том числе традиционные медицинские, и не медицинские оздоровительные, физкультурные технологии, в том числе остеопатические, костоправские, историю медицины. Мы поддерживаем естественно-научное медицинское направление мануальной терапии в России, прошедшее медицинский этап развития в Чехословакии, затем развивавшееся на кафедрах медицинских высших учебных заведений сначала Союза Советских Социалистических Республик, а затем России: Москвы, Казани, Кисловодска, Новокузнецка, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Владивостока, Сочи, Харькова, Белгорода, Воронежа, других российских городов.

Здравоохранение и медицина, мануальная терапия, как ее часть, своим организующим принципом, являющимся системообразующим фактором имеет оказание помощи человеку, имеющему страдание, болезнь и/или их профилактика на основании общественно признанных знаний, в наше время это естественно-научные знания. При этом вступающим в конфликт с этими принципами является извлечение прибыли, производство финансов на технологиях лечения болезней и методиках обучения этим технологиям, и с этой целью применение идей о строении и функциях организма, имеющих явные доказательства не реальности, так и не имеющие фактов их существования, например объясняющие идеи традиционных медий разных народов. При этом, конечно, изучать опыт традиционных медий необходимо с целью сохранения позитивных методик влияния на здоровье, поиска их реальных физиологических механизмов, использование объясняющих идей, соответствующих развитию естественно-научного знания, включать их в медицинскую практику в первую очередь уже имеющихся медицинских дисциплин, что организационно и экономически оправдано, а не создавать новые. При этом, конечно, социальный статус, достаток всех работников здравоохранения, преподавателей, их семей должен обеспечивать их благополучие. Отметим тот факт, что в государственном здравоохранении работают врачи мануальные терапевты, а в коммерческих медицинских центрах работают остеопаты, рекламируется остеопатия, при этом в лицензируемых документах часто указана специальность мануальный терапевт, а не остеопат. Кафедры ведущих государственных образовательных медицинских учреждений – это кафедры мануальной терапии, профессорско-преподавательский состав которых имеют базовое образование в области неврологии, травматологии-ортопедии, изучали традиционную американскую медицину остеопатию и включили их методики наиболее реальные, соответствующие естественно-научным знаниям в программы обучения, и они соответствующим образом утверждены. Необходимо отметить, что существует другая американская дисциплина регуляции здоровья прикладная кинезиология, основанная специалистами другой ветви американской традиционной медицины хиропрактика. И существует опыт обучения и применения диагностических, и основанных на их выводах лечебных, предупреждающих технологий прикладной кинезиологии на кафедрах мануальной терапии с естественным их включением в практику врача мануального терапевта, при этом нет тенденции в замене прикладной кинезиологией мануальной

медицины.

Это каковы должны быть преимущества у традиционно-медицинской американской дисциплины остеопатия, американского костоправства, чтобы заменить ею естественно-научную медицину, то есть специальность мануальная терапия?

Может скоро найдутся активные бизнесмены на медицине, которые для целей изготовления продукта «деньги» популяризируют индийскую аюрведу, китайскую и тибетскую медицины – и ламы заменят врачей, как некоторые деятели американской традиционной медицины остеопатии хотят собой заменить врачей естественно-научной медицины мануальных терапевтов?

В связи с этим отметим некоторые особенности традиционной американской метафизической коммерческой дисциплины остеопатия, противоречащие взглядам российских врачей.

Сохранение традиционных идей и взглядов, большая часть из которых имеет метафизическую основу является ключевой, основополагающей особенностью остеопатии, как дисциплины, отличающей ее от других сходных по целям и методам дисциплин (мануальная терапия, хиропрактика, прикладная кинезиология, телесно ориентированная психотерапия,) поддерживаемой ее носителями и связано с историей американского общества и американской медицины, которая до конца XIX века начала XX века была традиционной, то есть основанной на традициях и метафизических идеях устройства мира и человека, а не естественно-научной, как это уже было принято в Европе и России. То есть остеопатия метафизична по определению, что заставляет настороженно относиться как к ее приемам, методикам, так ее объясняющим концепциям, и применению в медицине и требует контролируемого выбора, фильтрации сквозь призму современных естественно-научных знаний, что и было произведено и проводится дисциплиной медицинской помощи – мануальной терапией.

Бизнес на образовании и частный бизнес на образовании – это также историческая особенность американского общества с момента его зарождения, поэтому программы и предметы образования соответствуют целям коммерсанта, выгодоприобретателя (бенефициара) в большей степени, чем целям всего общества, профессиональным медицинским и личности пациента. Остеопатия организовывалась и существует именно как бизнес на образовании, а не как собственно дисциплина медицинской помощи, что отличает ее от мануальной терапии – специального раздела медицинской помощи людям. В медицине России естественно-научная специальность мануальная терапия представлена преимущественно в государственных учреждениях, а традиционная метафизическая дисциплина остеопатия получила популярность в коммерческих медицинских центрах.

Американская традиционная метафизическая коммерческая дисциплина «остеопатия» в России проводит подмену понятий российской медицины о физиологии, патофизиологии, здоровья и болезни, нозологий собственными понятиями в интересах создания мира продаж «техник» влияющих на «остеопатическое повреждение». Эти понятия имеют метафизическую сущность в связи с поддержанием носителями технологий остеопатии метафизической идеологии ее основателя Э.Стила, проповедника американской протестантской методистской церкви, «молниеносного костоправа», как он себя называл и что изложил Д. Мохов в учебном пособии по данной дисциплине. Примером метафизических понятий могут служить: «регуляция духа», «дыхание клетки» (не подумайте о кислороде – это другое...), «мотильность органов», «кранио-сакральный ритм», при этом все это можно отрегулировать в остеопатии наложением рук и концентрацией внимания...

Формирование собственных метафизических понятий приводит к идеологическому отрыву обучающихся остеопатии от остального медицинского сообщества и создает необходимость общаться в кругу использующих эти метафизические и исторически сложившиеся в отрыве от медицинской научной мысли понятия и основанные на них методики, что недопустимо для сохранения медицинского образа мыслей врача. Мало того, в порыве приверженности некоторые врачи, обучившиеся остеопатии, допускают фразы: «Я не врач! Я – остеопат!». Все это конечно, не соответствует принципам «единства взглядов» и медицинского сообщества, «преемственности методов» на этапах медицинской помощи и противоречит медицинской этике.

Таким образом, создание собственного, оторванного от естественно-научных доказательных медицинских категорий, сообщество метафизической идеологии остеопатии – формирует условия для бизнеса на обучении этим оторванным от медицинской жизни понятиям, так же приводит и к не проверяемому идеологическому манипулированию этими специально придуманными метафизическими понятиями и маркетинговому манипулированию создаваемыми на их основе методиками влияния на здоровье человека. Одним из простейших методов маркетингового психологического манипулирования остеопатии является наименование любого приема воздействия – «техникой», что сближает в русском звучании с термином «технология», повышающим значимость с одной стороны, а с другой является недостатком, недоработанностью, непродуманностью перевода с американского английского на русский язык, что даже в этом демонстрирует плохую, недоделанную

адаптацию остеопатии для распространения на территории России.

Остеопатия наследует американскую национальную идею и традицию любую деятельность превращать в товар и коммерцию, поэтому остеопатия является в первую очередь бизнесом на обучении, как его и формировал основатель Э. Стил, «молниеносный костоправ» и его последователи в Америке после гражданской войны, в условиях отсутствия системы образования в США в принципе, не говоря уже об его уровне во второй половине XIX века, начале XX. Сравните: в Европе и в России великие ученые Ч. Шерингтон и Р. Магнус, И.М. Сеченов и И.П. Павлов со строением нервной системы и рефлексам – а в Америке в это время сын священника протестантской методистской церкви с опытом первичной медицинской помощи во время боевых действий гражданской войны Э. Стил с «регуляцией духа» и отказом новоявленной дисциплины входить в медицинскую систему США. Конечно же он сделал удачный правильный маркетинговый ход: переименование преподаваемой дисциплины «костоправства», bone setting – кость настроить, установить, «установка кости» – в «osteopathy», osteopathy – кость, патология или путь, что трактуется как «патология кости» или «путь кости», однако, в чем нет единого мнения. Метафизическая идеология для Э.Стила в остеопатии настолько была сильна и важна, что доктор остеопатии позиционировался в отдельной дисциплине от докторов медицины. Это соответствовало общему развитию образования в Америке, медицина Америки было традиционной, а колледжи - это «фабрики дипломов», их цель быстро заработать деньги на популярном образовании, государственный контроль за образованием отсутствовал. Единичные врачи и медсестры обучались в Англии и Шотландии. Научная школа в медицине стала только появляться в самом конце XIX начале XX века. История развития науки, образования, медицинского и остеопатического в том числе в Америке легко отслеживается по ставшими легко доступными высоко достоверным источникам на информационных порталах интернета, в том числе труды Э.Стила, что теперь затрудняет остеопатам манипулировать фактами о жизни и деятельности основателя их традиционно-медицинской коммерческой дисциплины, ее развитии.

Обращает внимание на недобросовестность информирования остеопатами российской общественности на сайтах, в публикациях и выступлениях именующих Э.Стила – врачом! Медиком его назвать можно, да, но не врачом! Остеопаты в открытых источниках не сообщают данные о его обучении и дипломе, так как их нет, нет и исторической возможности быть врачом Э.Стилу. Часто упоминается обучение приемам народной медицины Э.Стила у индейцев, коренных народов Америки, напому уничтоженных физически американцами, что подчеркивает традиционно-медицинский характер и остеопатии. Все же надо помнить, что колонизаторы Америки в с собой принесли и традиционные и народные медицинские методы, костоправство относится к их числу. А самый образованный человек Америки времен гражданской войны это служитель церкви, сыном которого, как известно он и был, а в церкви – и начальная школа, и посильная первичная медицинская помощь и известен низкий уровень любого образования в Америке времен гражданской войны. Таким образом недобросовестными остеопатами проводится заведомый информационный подлог, где человеку, имеющему опыт в оказании первичной медицинской помощи и прошедшему краткий курс медицины в Колледже в Канзас-Сити, штат Миссури в 1870 году придается звание врача – специалиста многолетнего высшего медицинского образования европейского и российского уровня! Конечно Э. Стил был многогранной и неоднозначной личностью, увлекался спиритизмом, большую роль отводил знанию анатомии и работе организма как точному механизму, отрицал роль микроорганизмов и оказался одним из тех, кто сохранил костоправство для современного мира...

Ныне разные американские остеопатические колледжи имеют разный образовательный уровень, от уровня само-взаимопомощи домохозяек, до вполне университетского уровня знания анатомии и технических приемов своей школы. Хотя самими остеопатами отмечается снижение образовательной планки остеопатии в США. Там же в Америке на основах костоправства родилась и другая школа – хиропрактики, не имеющая представительств в России. По мнению остеопатов, ее основатель Д.Палмер учился у Э.Стила, затем отверг его идеологию и организовал собственный бизнес на обучении, используя часть методик, полученных у Э.Стила. Нельзя не отметить и развитую на основах физиологии специалистами хиропрактики школу прикладной кинезиологии, которая представлена в России и организовывалось прямое обучение мануальных терапевтов от ее современного американского лидера хиропрактора, прикладного кинезиолога Д.Лифа. Нельзя обойти вниманием костоправство в России, до революции 1917 года существовала медицинская специальность фельдшер-костоправ в военных частях с высоким образовательным уровнем специалиста «фельдшер» того времени. В Советской России специальность фельдшер-костоправ была заменена на специалистов медицинского массажа более низкого образовательного уровня медицинской сестры, по-видимому, из соображений большей простоты обучения для массовости применения физических методик влияния на здоровье и, реализуя принцип: «...кухарка может управлять государством...»

Другая тенденция остеопатического бизнеса на обучении приводит к необоснованному умножению приемов, что является одним из условий успешного маркетинга – разнообразие торгового предложения для цели «эффективной продажи», и это противоречит принципам рационального здравоохранения и «не умножению сущностей без необходимости» для цели «эффективной медицинской помощи пациенту».

В статье основателя мануальной терапии Чехии К. Левита, его ученика и одного из основателей мануальной терапии в России Г.А. Иваничева «Техническая идентичность и терминологическая некорректность в мануальной (манипулятивной) медицине» (Мануальная терапия. — 2010. — № 1 (37). — С. 3-9. — ISSN 1684-6753) с исчерпывающей ясностью показана идентичность технологий различных методик остеопатии, их физиологическая общность с позиций клинической медицины и физиологии активности. «В наборе остеопатических техник существуют оригинальные по названию технические приёмы (ингибция, петриссаж, эфлюраж, блокировка оппозицией фасет, техники Макмана в латерофлексии натяжением связок, основной остеопатический приём, техника мышечного веретена, техника ортобиомии, техника стрейн-констрейн, голландский массаж триггерного пункта, тракция твёрдой мозговой оболочки, «работа с пациентом, а не на пациенте») и др. Перечень их постоянно пополняется. При всей оригинальности и причудливости названий, претендующих на концептуальность, анализ движений врача в исполнении технического приёма указывает на проведение фактического – реального – растяжения, давления, сдавления, скручивания, смещения, вибрации, являющихся естественными физиологическими раздражителями экстерорецепторов и проприоцепторов различной локализации. Особо следует выделить так называемый приём «растяжения твёрдой мозговой оболочки». Описательная характеристика и исполнение приёма ничего общего не имеют с реальным растяжением этой оболочки, по сути внутренней надкостницы черепа. Это биомеханически невозможный процесс. Речь идет о растяжении мышц и связок подзатылочной зоны, а не об изменении конфигурации твёрдой мозговой оболочки, т.е. надкостницы.» Отметим также, развивая мысль замечательных ученых, что как только мы начинаем находить физиологические факты в описаниях «osteопатических повреждений» и (обязательно слово «osteопатических») техник, основанных на ощущениях, то мы сразу попадаем на территорию физиологии активности, системной психофизиологии с теорией функциональных систем, нейрофизиологии и, тем самым адептам остеопатии не остается места в реальности для применения выдуманных, необъяснимых и не доказуемых «osteопатических повреждений».

Таким образом, наследуя американские принципы продаж, остеопатия имеет большое количество разных в деталях, но сходных физиологически методик для конкурентного преимущества, с целью казаться успешной для покупки обучающемуся, а не с целью быть эффективной для конечного потребителя – пациента, как принято в российской мануальной терапии, обычной узкой специальности российской медицины, российского здравоохранения, выделяющей важное, физиологическое, специфичное, эффективное, проверяемое, доказуемое и соответствующее историческим направлениям российской клинической медицины.

Американская традиционная коммерческая дисциплина «osteопатия» является обычным для американской культуры сетевым бизнесом, в котором товаром является обучение, а метод продаж связан с установлением личных отношений и проповедованием идей о том, что методики остеопатии влияют на физическое и психическое здоровье человека. Активным следованием этой «технике продаж» является огромное количество статей-проповедей со словами производными от «osteопатический», особенно там, где следовало бы иметь конкретное описание методик, характеристик изменений, аппаратных исследований, как принято в соответствии с общеизвестными жанрами научных статей. То есть, научные принципы представления материала, имеющие цель - «поиск истины» – или полностью игнорируются, или им придается мимикрирующий под научный вид, а основными принципами изложения материала являются маркетинговые принципы представления информации с целью «убедить в желаемом». Докладчикам от остеопатии не однократно делались замечания по низкому научному уровню представления информации на ежегодных всероссийских конференциях мануальной медицины, проводимых «Межрегиональной ассоциацией общественных объединений врачей мануальной медицины» (являющейся правопреемницей первых общественных организаций мануальных терапевтов в Союзе Советских Социалистических Республик – «Всесоюзной Ассоциации мануальной медицины» 1990 г и в России «Всероссийской ассоциации мануальной медицины» с 1992 г) при содействии «Московского профессионального объединения мануальных терапевтов». В США, родине остеопатии, широкое распространение проповедования является исторической особенностью, как и наличие разнообразных сект, некоторые из которых запрещены в России. Не причисляя остеопатию к секте, все же нельзя не отметить сохранение ею американских культурных проповеднических традиций, метафизической идеологии, социальных коммерческих особенностей и в деятельности в России, что

нашло отражение в неэффективно удлиненных образовательных программах, отсутствии связи с медицинской нозологией, не привязанностью к клинической и фундаментальной физиологии. История развития мануальной терапии, и остеопатии, одной из предшественниц мануальной терапии отражена, например, в книге А.Я.Поппелянского «Клиническая пропедевтика мануальной медицины», написанной в классических академических традициях естественно-научной российской врачебной медицинской школы.

Конечно, справедливо задаться вопросом, к какой цели мы приходим, если поддаемся влиянию не лучших американизации традиций, а в случае с остеопатией даже ее желания замены на эти не лучшие американские традиции – частей национальной российской медицины, здравоохранения, созданной лучшими российскими учеными и врачами В.П. Веселовский, Щ.Г. Коган, Г.А. Ивановачев, А.Б. Ситель, А.А. Лиев, В.С.Гойденко, А.Е.Саморуков, А.А.Скоромец, Л.Ф.Васильева, в тенденциях развития европейской же мануальной медицины, например, близкой нам и действующей чешской школы К. Левита, В. Янда, Е. Рыхликовой? Отвечая на этот вопрос, мы придем к наблюдению за действиями остеопатии – талантливой и агрессивной наследнице американских технологий с целью завоевания медицинского рынка России ее некоторыми лидерами с выдавливанием в небытие имеющейся национальной профессиональной медицинской специальности мануальной терапии с российской врачебной историей.

Методики американской традиционной коммерческой дисциплины «osteopatia» являются сохранением и продолжением костоправства с примесью американской культуры коммерции, протестантской метафизичности и традиций отсутствия естественно-научного обоснования. Внесение их в российскую медицину без прохождения через фильтр естественно-научной оценки – это откат назад в донаучный век костоправства и шаманства. Разве это – цель российской медицины?

Необходимо отметить тенденцию отмежевания медицинского сообщества причастного к здравоохранению от американской традиционной коммерческой дисциплины остеопатия в стране, которая была пионером в исследовании методик остеопатии и внедрении их в медицинскую практику – это Чехия (в те времена Чехословакия). Ева Рыхликова, врач, стоявший у истока мануальной медицины Чехии, делала сообщение на ежегодной общероссийской конференции врачей мануальной медицины о резком разделении клинических взглядов и действий Чешского общества мышечно-скелетной медицины – мануальной медицины от остеопатии с ярко выраженным коммерческим подходом к деятельности.

В России активная деятельность лидеров мнений американской традиционной коммерческой дисциплины «osteopatia», в том числе при поддержке обществ мануальных терапевтов в период «дружбы» остеопатии и мануальной терапии привела к регистрации остеопатии в медицине с единственным возможным местом приложения их метафизического, нереального «osteopaticкого повреждения» в Международной классификации болезней в виде «соматической дисфункции». На страницах интернет изданий некоторые остеопаты в связи с этим себя уже переименовали из альтернативной медицины в клиническую, что является однозначным подлогом – остеопатия при этом не изменилась и не стала ближе к доказуемой медицинской реальности и понятийному аппарату физиологии и патофизиологии в клинической медицине.

Справедливости ради, конечно, надо отметить значимость сохранения остеопатией и хиропрактикой в Америке подходов и технологий самого костоправства как важной традиционной части регуляции двигательной системы человека, которые в связи с развитием нейрофизиологии, системной психофизиологии, когнитивной науки получают естественно-научное основание и доказательную базу уже в методологии мануальной терапии и традициях российского научного медицинского врачебного сообщества.

По своим методикам американская традиционная метафизическая коммерческая дисциплина «osteopatia», особенно в вариантах с применением так называемой «кранио-сакральной терапии», получившей широкое распространение в России, конечно, ближе к телесно-ориентированной психотерапии, адаптивной физической культуре, массажу, специалистами которых с успехом применяется. Необходимо отметить, что популярность подобных крайностей в техническом оснащении специалиста, влияющего на двигательную систему человека как «наложение рук» с техникой «подремать над клиентом» («кранио-сакральная терапия») возникла, как у населения, так и в профессиональном сообществе в противовес увлечению частью специалистов «ударными техниками» или неуместным использованием манипуляций с быстрыми, резкими движениями на суставах, («хрясть терапии») имеющихся в арсенале и остеопатии под наименованием «травостовых техник».

К настоящему времени можно точно сказать, что благодаря активной профессиональной позиции мануальных терапевтов в работе кафедр, на семинарах обществ изучились и изучаются различные методики, диагностические и лечебные для применения на этапах оказания медицинской

помощи, отобраны и отбираются наиболее приемлемые в условиях российской медицины, в том числе и остеопатические, поэтому мы можем делать выводы о целесообразности их применения, обучения им, ценности как лечебных процедур, эффективности для пациентов в избавлении их от недугов и поддержании здоровья.

В медицинском профессиональном сообществе мануальной терапии нет потребности в замене естественно-научной идеологии мануальной терапии на метафизическую остеопатическую, нет необходимости в изменении методов обучения с принятых в российском медицинском образовании на традиционные американские образовательные программы для коммерческих не оправдано корыстных целей.

Российская мануальная терапия использует общемедицинский клинический диагностический подход с применением, как это обычно бывает в узких дисциплинах, специализированных методах исследования российской медицины, сформирована учебная база, действует подготовка специалистов врачей, преемственных с отечественной медициной, включающая и изучение технологий остеопатии, прикладной кинезиологии, нейродинамики, в контексте их согласования с фундаментальными физиологическими знаниями в непрерывном медицинском образовании, на циклах повышении квалификации, семинарах обществ.

По словам доктора медицинских наук, профессора Алексея Егоровича Саморукова, врача невролога и мануального терапевта, многие годы возглавляющего методический учебный центр мануальной терапии в РНЦ МРиК МЗ РФ (головном учреждении министерства здравоохранения России по санаторно-курортному лечению и медицинской реабилитации), Президента «Межрегиональной ассоциации общественных объединений врачей мануальной медицины» преемницы и юридического представителя «Всероссийской ассоциации мануальной медицины», человеку, организовывавшему взаимодействие с Международной федерацией мануальной медицины и изучившим и включившим в обучение физиологические методы остеопатии, прикладной кинезиологии, нейродинамики, на вопрос (близко к тексту): Что останется в сухом остатке от остеопатии без ее идеологии? – Есть ответ: Мануальная терапия!

По словам кандидата медицинских наук, доцента Андрея Евгеньевича Червоток, доктора остеопатии (ВОШ, Париж), в прошлом военного хирурга, заведующего учебной частью кафедры восстановительной медицины и остеопатии НовГУ им. Ярослава Мудрого, главного консультанта по учебной работе ИОМ (Института остеопатической медицины им. В.Л. Андрианова) (близко к тексту): Что будет если лишить остеопатию ее философии – мануальная терапия.

Как ясно из выше представленного исторического материала – современная остеопатия – это дисциплина хранительница традиционно-медицинских идей на болезнь и здоровье и физических методик влияния на здоровье человека, преимущественно системы регуляции движений и ощущений, а мануальная терапия – это естественно-научная врачебная медицинская специальность связанная с лечением болезней и нарушений функций систем регуляции движений и ощущений. И как видно и у врачей мануальных терапевтов и докторов остеопатии есть сходные взгляды на взаимосвязь этих дисциплин и соотношение методической и идейной частей. А также остеопатия имеет в своем числе лидеров с коммерчески агрессивными взглядами на естественно-научного собрата – мануальную терапию. И все действия некоторых этих лидеров традиционной-медицинской остеопатии говорят о том, что они борются за рынок образовательных услуг и за рынок клиентов приверженных к физическим методам регуляции здоровья и лечения болезней, навязывая идеологию средневековья современной медицине и предлагая даже исключить естественно-научную мануальную терапию из специальностей российской медицины. В связи с темой идей, напомним, что в англо-американском мире, откуда остеопатия родом – нет понятия совесть и идей с совестью связанных, и замечу, что слишком идеологизированные англо-американскими идеями остеопатического бизнеса люди лишают себя возможности пользоваться этим понятием русского мира и российской медицины, что по нашему мнению вредит общему развитию медицины России и в частности развитию физических, нейрофизиологических методов лечения, профилактики болезней, адаптивных и оздоровительных технологий физической культуры.

В России американская традиционная коммерческая дисциплина «остеопатия» охватила образовательный рынок столиц, а теперь, когда угас к ней интерес там, и образовательный рынок столиц насыщен предложением, шагает в регионы. Коммивояжеры остеопатии прибывают и в Воронеж за «золотым тельцом», что напоминает героев И.Ильфа и Е.Петрова: Остаповщина, «Золотой теленок»...

Для ответа на вопрос: Что делать? – необходимо знать тенденции и идеи, которые существуют в профессиональном сообществе мануальной терапии и остеопатии. Необходимо констатировать факт дифференциации и разделения школ остеопатии в позиционировании себя в профессиональной среде как медицинской, так и адаптивной, оздоровительной физической культуры.

Существуют следующие идеи об адаптации американской традиционной коммерческой метафизической дисциплины остеопатии в России:

а) включение отдельных методик американской традиционно-медицинской коммерческой дисциплины остеопатии, без ее философии, прошедших изучение, клинические испытания на кафедрах мануальной терапии в дисциплину мануальная терапия, что уже является реальностью и за два с лишним десятилетия позволило внедрить в специальность мануальная терапия методики лечения, реабилитации, абилитации, оздоровления при заболеваниях и нарушениях активности различных органов и тканей, которые преподаются на кафедрах, эффективно используются, обучение остеопатии на циклах дополнительного профессионального образования, в том числе возможно сохранение традиционных американских остеопатических школ как направления в дисциплине мануальная терапия, что является добропорядочной обычной практикой российского медицинского образования;

б) обучение американской традиционно-медицинской коммерческой дисциплины остеопатии с ее метафизической идеологией лиц уже имеющих медицинское образование, то есть врачей и, возможно, среднего медицинского персонала как специализации (ординатуры в целом или повышения квалификации для отдельных методик) для лицензируемой медицинской деятельности, оказания помощи этими технологиями в лечебных учреждениях, что аналогично американскому образованию;

в) обучение американской традиционно-медицинской коммерческой дисциплины остеопатии и ее методикам как с метафизической идеологией, так и без нее, не имеющих медицинского образования лиц для физкультурно-оздоровительной деятельности, физической реабилитации, в первую очередь это видится в специальности адаптивная физическая культура, а также в виде дополнительного профессионального образования или самостоятельного курса и специальности, преподаваемых в высших учебных заведениях физической культуры, педагогических, в университетах, или учреждениях дополнительного образования иных образовательных учреждениях с целью деятельности в физической культуре и спорте, оздоровительной деятельности, что также аналогично американскому образованию;

г) обучение американской традиционно-медицинской коммерческой дисциплины остеопатии вместе с ее метафизической идеологией в медицинских высших и средних учебных заведениях, в том числе с формированием специалитета «остеопатия» с целью дублирования и далее замещения имеющейся специальности мануальная терапия с полным удалением специальности мануальная терапия из видов деятельности в России, что даже не является обычным для Америки и американского образования, где сосуществуют две и более школ регуляции здоровья методами традиционной медицины: остеопатия, хиропрактика, прикладная кинезиология...

Таким образом, видятся разумными, соответствующими принципам добрососедства и содружественного существования в целях и интересах здоровья россиян идеи включения методик остеопатии в мануальную терапию без метафизической идеологии, а также и идеи сохранения обучения «как в Америке» американской традиционной метафизической коммерческой дисциплины «остеопатия», чтобы при этом научной клинической школе мануальной медицины продолжать изучать мировое наследие костоправства, сохраненное, по-видимому в американской остеопатии, конечно с некоторыми историческими изменениями и наслоениями.

В современной политической обстановке мы видим противостояние идеологии русского, российского мира – американской гегемонии корысти и навязывания агрессивного коммерческого мировоззрения в том числе в медицине, основанного на чуждых нам протестанских и маркетинговых (продающих, продажных) принципах. То есть в этих условиях – принятие остеопатии, вместо мануальной терапии – это проигрыш в идейном противостоянии принципов российской медицины, медицины здравоохранения – коммерческому, корыстному американскому медицинскому маркетингу. Принятие американской традиционной метафизической коммерческой дисциплины «остеопатия» вместо мануальной терапии – это изменение принципам российской педагогики и измена идеям наших российских ученых врачей и учителей.

Разрушать существующий порядок подготовки и обучения российских врачей мануальной терапии, заменять и изменять российский бренд мануальной терапии на американскую остеопатию – категорически протестуем! Изменять званию российского врача мануального терапевта, заменяя его и поклоняясь американскому названию «остеопат» – категорически против!

ТРЕБОВАНИЯ К ТЕЗИСАМ И СТАТЬЯМ ДЛЯ БЮЛЛЕТЕНЯ МОСКОВСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ МАНУАЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТОВ

Магомедов М.К.

Автор-мед (Клиника восстановительной медицины)

Уважаемые коллеги, Российская Ассоциация мануальной медицины и Совет Московского профессионального объединения мануальных терапевтов (МПОМТ) убедительно просит Вас соблюдать следующие правила при подготовке Вами материалов для публикации в БЮЛЛЕТЕНИ МПОМТ:

1. Тезисы по возможности не должны превышать 1,5 стр. машинописного текста на стандартных листах формата А4 (210x297 мм), а статьи - 3-4 стр.

2. Печатать нужно только на одной стороне листа с двойным интервалом между строками (приблизительно 30 строк по 60 знаков в каждой).

3. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, физических, химических и математических величин и терминов, допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте (желательно не более 4 аббревиатур). Все вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже при частом их употреблении в тексте. Аббревиатуры ВОЗ, ВТЭК, МИД, НОТ, ЦНИЛ, ЭВМ и др. склоняются только в устной речи. Аббревиатуры ВАК, ГОСТ, ОСТ и др. склоняются как в устной, так и в письменной речи.

4. Образец начала первой страницы:

Лаконичное, предельно краткое название статьи (крупным печатным шрифтом). Ниже (курсивом) фамилия и инициалы автора (или авторов). Еще ниже (курсивом) откуда исходит работа. Статья должна заканчиваться краткими выводами или заключением.

5. Иллюстративный материал к статьям (фото, рис., чертежи, диаграммы) должны быть контрастными. Фотографии монтажа обозначаются буквами. При этом обязательно должны быть общая подпись к монтажу и отдельные подписи к каждой фотографии. На полях рукописи должны быть ссылки на рисунки и таблицы, упомянутые в тексте.

6. Таблицы должны быть наглядными, озаглавленными и пронумерованными.

7. Цитаты, приводимые в статье, должны быть тщательно выверены и заверены подписью автора на полях.

8. Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках номерами в соответствии с приставленным списком литературы.

9. Библиография должна быть по возможности краткой и содержать, помимо основополагающих работ (любой давности!), публикации за последние 5 лет. Автор несет ответственность за правильность библиографических данных.

10. В соответствии с ГОСТом 7.1-84 литературные источники указываются строго в алфавитном порядке, вначале - отечественных авторов, затем - иностранных. Причем работы отечественных авторов, опубликованные на иностранных языках, помещаются среди работ иностранных авторов, а работы иностранных авторов, опубликованные на русском языке, - среди отечественных авторов.

11. Работы одного автора указываются по возрастанию годов издания.

12. Если у статьи более 4 чел. авторов, то указываются только три первых автора, а далее ставится «И ДР.» Если же авторов всего 4, то указываются все авторы. Если авторы работают в разных учреждениях (городах), то приводится список этих учреждений с цифровыми ссылками или другими знаками принадлежности авторов к определенному учреждению.

13. Монография, написанная коллективом авторов (более 4 чел.) помещается в списке по заглавию книги. После заглавия через косую черту указываются фамилии и инициалы трех авторов, а дальше ставится «И ДР.»

14. В монографиях иностранных авторов, изданных на русском языке, после указания книги через знак «:» (двоеточие) печатается, с какого языка сделан перевод.

15. Ссылки на статьи из журналов или сборников оформляются так: автор, название статьи, две косые линейки (//), наименование, точка.- Место изд., год. - С. (страница) ОТ и ДО, т. е. все элементы данных отделены друг от друга знаками «.-» (точка, тире).

16. Если заглавие источника состоит из нескольких предложений, то все они разделяются знаком «:» (двоеточие).

17. При наличии двух мест издания приводятся оба и отделяют их друг от друга точкой и запятой (М.; Л.; или Л.; Новосибирск). Начальными буквами могут быть обозначены города: Москва (М.), Ленинград (Л.) и Санкт-Петербург (СПб). Названия же остальных городов приводятся полностью.

18. В приставленном списке литературы ссылка на один и тот же источник дается только один раз независимо от количества цитирования его в тексте.

19. Статья должна быть подписана всеми авторами с указанием их фамилий, имен и отчеств, срока подачи материала, а также почтового индекса, адреса и контактного телефона любого из авторов.

20. Тезисы или статьи доставляются лично в двух экземплярах с дискетой по адресу: Борисоглебский пер., 9, Совет МПОМТ. Тел.697-95-47.

21. Материалы из других городов России, ближнего и дальнего зарубежья можно отправлять по электронной почте E-mail: autom@proc.ru.

Коль скоро наши ежегодные Конференции проводятся в октябре месяце, то предельный срок подачи материала для БЮЛЛЕТЕНЯ - 1 сентября текущего года. Желательно подавать материал загодя, разумеется, поскольку его надо прочитать, а при необходимости и отредактировать.

Большое значение, конечно же, имеет стиль изложения или тезисов, а также орфография, пунктуация и правильное использование наших родных мануальных терминов.

После демагогических, на наш взгляд, дискуссий последних лет в широкой прессе, патриотически настроенным ученым-филологам удалось все-таки отстоять многие исторически устоявшиеся благозвучные правила русского языка. Позвольте очень кратко на них остановиться, поскольку у авторов статей именно в части из этих правил возникают определенные трудности и ими допускаются не преднамеренные типичные ошибки.

Итак, в фамилиях на **-ин (-ын)** и на **-ов (-ев)** пишется в твор. пад. ед. ч. **-ым** (согласно склонению прилагательных), например: *Иван Тургенев - Иваном Тургеневым. Примечание.* В иностранных фамилиях на **-ин** и **-ов** пишется в твор. пад. ед. ч. **-ом** (согласно склонению существительных), например: *Дарвин - Дарвином, Бюлов - Бюловом.*

Дефис следует ставить в случаях:

а) когда сложные слова, первым элементом которых является числительное, если это числительное написано цифрами, например: *25-процентный, 10-летний, 35-летие;*

б) при сложных порядковых числительных, если первая часть их написана цифрами, например: *183 - миллионный, 5 1/2 - тысячный;*

с) после порядковых числительных, если они написаны цифрами с грамматическим окончанием, например: *15-й, 127-го.*

Относительно прописных и строчных букв. Так вот, артикли и частицы при иностранных фамилиях и именах пишутся со строчной буквы, например: *д. Артуа, ван Бетховен, де ла Барт, Абд аль Керим.* С прописной же пишутся все фамилии, начинающиеся с **О** (присоединяемого к фамилии апострофом) и с **мак-, сен-, сан-**, например: *О, Коннор, Мак-Магон, Сен-Симон, де Сен-Моран, Сан-Мартин.* Наименование званий, титулов и должностей пишутся со строчной буквы, например: *министр, заслуженный деятель науки, ученый секретарь.*

Что же касается **сокращений**, то к общепринятым сокращениям, не требующим специальных разъяснений и могущим быть примененными в любых изданиях относятся следующие: *т. е.* (то есть), *и т. д.* (и так далее), *и т. п.* (и тому подобное), *и др.* (и другие), *и пр.* (и прочие), *см.* (смотри), *ср.* (сравни), *напр.* (например), *г* (год), *гг.* (годы), *т.* (том), *тт.* (тома), *стр.* (страница), *акад.* (академик), *доц.* (доцент), *проф.* (профессор), *им.* (имени).

Правила переносов. При переносе слов нельзя ни оставлять в конце строки, ни переносить на другую строку часть слова, не составляющую слога; нельзя отделять согласную от следующей за ней гласной; нельзя отрывать буквы **ь** и **ъ** от предшествующей согласной; нельзя отрывать букву **й** от предшествующей гласной; нельзя оставлять в конце строки или переносить на другую строку одну букву; при переносе слов с приставками нельзя разбивать односложную приставку, если за приставкой идет согласный; при переносе слов с приставками нельзя оставлять в конце строки при приставке начальную часть корня, не составляющую слога; при переносе сложных слов нельзя оставлять в конце строки начальную часть второй основы, если эта часть не составляет слога; нельзя оставлять в конце строки или переносить в начало следующей две одинаковые согласные, стоящие между гласными; нельзя разбивать переносом односложную часть сложносокращенного слова; нельзя разбивать переносом буквенные аббревиатуры, как пишущиеся одними прописными, так и пишущиеся частью строчными, частью прописными или прописными с цифрами, например: *МИД, КЗоТ, ГУ - 104;* некоторые слова не подлежат переносу, например: *Азия, узнаю, фойе;* нельзя переносить сокращенные обозначения мер, отрывая их от цифр, указывающих число измеряемых единиц; нельзя переносить «наращения», т. е. отрывать при переносе от цифры соединенное с ней дефисом грамматическое окончание; нельзя разбивать переносами условные графические сокращения *и т. п., о-во;* нельзя переносить на другую строчку пунктуационные знаки, кроме тире, стоящего после точки или после двоеточия перед второй частью прерванной прямой речи; нельзя оставлять в конце строки открывающуюся скобку и открывающие кавычки.

Всяческих успехов Вам на ниве науки, дорогие коллеги, мануальные терапевты!



БЮЛЛЕТЕНЬ № 22
ВСЕРОССИЙСКОЙ СЪЕЗД ВРАЧЕЙ
МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
Под общей редакцией Саморукова А.Е.

Электронную версию материалов конференций,
а также библиографический справочник Вы можете заказать по адресу:

г. Москва, Борисоглебский пер., 9
Телефон для справок: 8 (903) 726-65-56
E-mail: asam48@bk.ru

Подписано в печать 24.03.2023. Формат 60×90/8.
Печать офсетная. Усл. печ. л 15,75. Тираж 350 экз. Заказ 257.

