

ромбе Михаэлиса, снижение вибрационной чувствительности в лодыжках, симптом венозного толчка по А.А. Скоромцу, а также нейрогенная перемежающаяся хромота (Скоромец А.А., 1998, 2006; Иванова Т.А. и др., 2002).

Неоднозначно применение салуретиков и глюкокортикостероидов как препаратов противоотёчной терапии при спондилогенных болевых синдромах, сопровождающихся нарушением венозного оттока. Базисными препаратами для системной терапии хронической венозной недостаточности, независимо от её генеза, являются флеботропные средства (Богачёв В.Ю. 2004). На современном этапе лечения хронической венозной недостаточности наметилась тенденция к проведению монотерапии препаратами с поливалентным механизмом действия (Богачёв В.Ю., 2004, Княшко В.А., 2002).

В настоящее время нами изучается эффективность лечения спондилогенных болевых синдромов, сопровождающихся нарушением венозного оттока, с применением флеботропного препарата (ангистакс) в сравнении со стандартной схемой лечения. Получены предварительные данные о хорошей переносимости и эффективности предложенной терапии.

## **МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОЯСНИЧНОЙ БОЛИ**

*Рубинов М.А.*

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Поясничная боль – одна из наиболее частых причин, приводящих людей к врачу и одна из самых дорогих по затратам на лечение.

В комплексной терапии поясничной боли все шире используют различные виды мануального воздействия. В США, по данным метаанализа 152 клинических исследований, доказана эффективность и безопасность мануальной терапии в купировании боли в шее и спине (Andrea D. Furlan et al., 2011).

В реальных клинических условиях зачастую трудно установить ведущую причину развития боли. Известны синдромы «механической поясничной боли»

– люмбаго, люмбалгия, фасеточный синдром, синдромы крестцово-подвздошного сочленения, грушевидной мышцы, дискогенные радикулопатии и др. Однако, они могут сочетаться с постуральным дисбалансом, висцеральной патологией, психосоматическими и эмоциональными расстройствами.

Поэтому тактика лечения включает 2 этапа: локальная работа с пораженными тканями в остром периоде заболевания и глобальная работа с телом пациента с целью уравнивания всех кинематических цепей (С.В. Новосельцев, Е.Л. Малиновский, 2011).

В зависимости от ведущей причины болевого синдрома и степени его выраженности, уровни работы с тканями могут различаться: коррекция мягких тканей, включая мышцы и связки; коррекция суставов поясничного отдела позвоночника и таза; использование жидкостных техник и коррекция твердой мозговой оболочки. При выраженном болевом синдроме используют, в основном «мягкие» – функциональные, непрямые, жидкостные техники. После уменьшения или купирования боли могут применяться мобилизационные, артикуляционные, мышечно-энергетические, высокоскоростные техники.

Таким образом, тщательная диагностика и дифференцированный выбор техники мануального воздействия позволяют эффективно и безопасно купировать поясничную боль.

## **ВЫРАЖЕННОСТЬ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ОПТИМИЗАЦИЯ ЕГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ПОЯСНИЧНОЙ БОЛИ**

*Сабирова М.З., Алтунбаев Р.А.*

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Поясничная боль представляет собой одну из наиболее значимых проблем современного здравоохранения. Считается, что данный недуг является второй по частоте встречаемости симптомом на первичном приеме у врача нев-