

ва ползать на четвереньках». Современные язычники именно к этому и призывают русский народ: вернуться к звериным временам своей истории с их человеческими жертвоприношениями, невежеством, дикостью... И за фольклорным колоритом — рубахи, бороды, кольчуги, веночки, хороводы, поединки — скрывается эклектическая оккультная доктрина, которая включает в себя штудии теософов, розенкрейцеров, зороастрийцев, ведантизм, древнеегипетскую магию и хтонические культы примитивных народов, экстрасенсорику и НЛЮ, — и из этого выводится неоязыческими лидерами миф о «гиперборейской Руси», родословную которого они находят во временах всемирного потопа и седой Атлантиды.

Обзор СМИ: печатных изданий, форумов, сайтов в интернете, телевизионных источников информации демонстрирует факт поддержки неоязыческих культов и движений в современном мире. Но, критикуя православных иерархов за их неумение водить авто и пользование дорогами часами, а также рассуждая о необходимости борьбы с религиозным экстремизмом, общественность не замечает, что на ее глазах разрастается «единый кулак» — монолитная сила, способная разломить государство изнутри.

**Вывод**  
Что же остается делать православным в ситуации роста неоязыческих и прочих деструктивных религиозных движений, как реагировать на факт привлечения в данные группы свежих сил в лице наших ближних и дальних? Ответ нам дает Таинство Царства. Всякий раз собираясь в церковь и присутствуя на Литургии, мы слышим моление от нас, *верных* — об *оглашенных*: «Да Господь помилует их, огласит их словом Истины, откроет им Евангелие Правды, сопричтет их святой Своей соборной и апостольской Церкви». Это моление напоминает нам, обретшим Истину во Христе не только о детях, о новообращенных: о тех, кто только готовится вступить в Церковь, «но, далее, и о тех, кого мы могли бы привлечь к «Солнцу Правды», если бы не наша лень, не наше равнодушие, не наша привычка рассматривать Церковь как «нашу» собственную, существующую для нас, но не для Божьего дела» [5, с. 276]. Веру нельзя навязать, человека нельзя заставить «верить правильно», вернуть к православию — верой можно заразить; но прежде чем «быть светом миру», каждому из нас, православных, нужно научиться твердо стоять в вере, чтобы уметь с кротостью, но уверенно свидетельствовать об Истине — не только на словах, но и в делах — всей жизнью своей свидетельствовать. **ЛИТЕРАТУРА**

1. Куликов, И. Новые религиозные организации России деструктивного, оккультного характера: справочник / И. Куликов. — 3-е изд., доп. и перераб. — Т. 3. Неоязычество. — Ч. 1. — М., 2000.
2. Диякон А. Кураев, Трудно быть русским; Иеромонах Виталий, Россия и новое язычество / Диякон Андрей Кураев; Иеромонах Виталий. — М.: Православное братство св. апостола Иоанна Богослова, 2001.
3. Дворкин, А. А. Сектоведение / А. А. Дворкин. — Н. Новгород: «Христианская библиотека», 2008. — 813 с.
4. Гиндер, И. А. Обзор проблемы славянского неоязычества в современной России / И. А. Гиндер // Молодежь и наука — третье тысячелетие.: сб. матер. всероссийской научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых 16 декабря 2004 г. / Сост. В. В. Сувейзда. — Красноярск: ГУЦМиЗ, КРО НС «Интеграция», 2004. — С. 97–100.
5. Прот. Александр Шмеман, Литургическое богословие / Протопресвитер Александр Шмеман. — Спб., 2006.

УДК 616.71–018.46–002

## **ДИНАМИКА БОЛЕВЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА В ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**

**Цуканов А. Н., Кривелевич Н. Б., Цуканова С. А., Семененко О. Ф.**

**Государственное учреждение  
«Научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»  
Учреждение здравоохранения**

**«Гомельский государственный медицинский университет»  
Учреждение здравоохранения  
«Гомельская областная клиническая больница»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Остеохондроз — полифакторное заболевание с участием как наследственных, так и приобретенных факторов. По современным представлениям, в формировании клинически синдромов остеохондроза наряду с компримирующими факторами на уровне поврежденного позвоночно-двигательного сегмента участвуют развивающиеся саногенетические и патологические реакции в органах и системах пациентов, выраженность и направленность которых генетически детерминирована и сугубо индивидуальна [1]. Недостаточного развития репаративных процессов и нестойкой функционально-трофической адаптации позвоночно-двигательного сегмента прогрессируют дистрофические изменения, в результате возникает раздражение синувентрального нерва и, как следствие, появляются неврологические симптомы в виде мышечно-тонических, вегетативных и сосудистых реакций. Указанные нарушения постепенно нарастают и вызывают декомпенсацию трофического обеспечения позвоночно-двигательного сегмента [2].

Существующие разнообразные терапевтические методы при этом заболевании часто недостаточно эффективны, что и определяет необходимость поиска новых методов лечения.

***Цель***

Изучить динамику болевых проявлений при лечении нейродистрофических синдромов с помощью мануальной терапии и акупунктуры.

***Материалы и методы***

Под нашим наблюдением находилось 72 пациента с нейродистрофическими синдромами при шейном остеохондрозе, из них у 64 отмечался плечелопаточный периартроз, у 6 — эпикондилез, у 2 — стилоидит. Возраст пациентов был от 34 до 73 лет (средний возраст — 51,8 года). Мужчин было 19, женщин — 53. Правосторонняя локализация процесса наблюдалась у 38 человека (54 %), левосторонняя — у 24 (33 %), двустороннее поражение — у 9 пациентов (13 %). Пациентам проводилось исследование неврологического статуса, рентгенография шейного отдела позвоночника, МРТ-исследование, миография, ультразвуковое исследование брахицефальных артерий, определялся объем движений в плечевых суставах и шейном отделе позвоночника.

Основными лечебными методами были мануальная терапия, классическая иглотерапия и микроиглотерапия. Мануальная терапия у всех пациентов проводилась с целью ликвидации тех биомеханических нарушений, которые обнаруживаются при мануальном и рентгенологическом обследовании, а также стимуляции саногенетических механизмов компенсации статодинамических нарушений. Процедура мануальной терапии выполнялась следующим образом. Проводилась тракция шейного отдела позвоночника путем приложения растягивающего усилия вдоль продольной оси позвоночника. Продолжительность тракции — 7–9 с. Затем выполнялось 3–5 пассивных движений в шейном отделе позвоночника в виде поворотов головы в сторону ограничения подвижности блокированного позвоночно-двигательного сегмента в сочетании с боковым наклоном головы. Движения осуществлялись с постепенным нарастанием усилия и заканчивались пружинящим толчком. При наличии мышечного гипертонуса, ограничивающего движения в шейном позвоночно-двигательном сегменте, использовалась методика постизометрической релаксации.

Одновременно с курсом мануальной терапии пациентам проводилось воздействие на точки акупунктуры методами микроиглотерапии и классической иглотерапии. Мик-

роиглы в количестве 3–5 штук вводились в точки V11, V13, VB21, GI10, G14 сроком на 10–12 дней. С целью оказания влияния на состояние трофики, релаксацию и болевой синдром проводилось воздействие на корпаральные точки акупунктуры классическим методом. Особенностью применявшегося метода классической иглотерапии являлось использование способа сильных раздражителей для достижения эффекта аналгезии, релаксации спазмированных мышц и дилатации спазмированных сосудов со способом слабых раздражителей для активации вегетативно-трофических процессов в зоне нейродистрофии (зона нейроостеофиброза). Точки акупунктуры и их сочетание подбирались опытным путем.

Использовались следующие точки акупунктуры: S1, GI4, GI10, GI11, GI14, IG10, TR5, H44, H45. Во время сеанса использовалось 5–7 точек. Чаще использовались точки H45 с двух сторон и H44 на стороне болевого синдрома, а также 3–5 точек из перечисленных выше. Мануальная терапия проводилась в зависимости от степени тяжести заболевания 2–3 раза в неделю, а иглотерапия — от 5 до 12 сеансов на курс.

### **Результаты исследования**

У всех пациентов с нейроциркуляторными синдромами боли локализовались в области сустава в соответствии с видом синдрома: в области плечевого, локтевого или лучезапястного, но помимо этого боли отмечались и в других местах; 44,0 % пациентов жаловались на боли в области шеи (в задненижних отделах).

Спонтанные боли в области плечевого сустава имелись у 60 пациентов (94 %) с плечелопаточным периартрозом, у 4 человек (6 %) боли в области сустава отмечались только при пальпации или при движениях. Боли в области надплечий выявлялись у 28 пациентов (44,2 %) при этом справа — у 18 (62,5 %), слева — у 7 (25 %), с двух сторон — у 3 (12,5 %). Боли в области лопатки наблюдались у 24 пациентов (38,0 %) при этом справа — у 12 (50 %), слева — у 10 (40 %), с двух сторон — у 2 (10 %). Боли в области плеча были у 44 пациентов (67,7 %): справа — у 26 (58 %), слева — у 17 (38 %), с двух сторон — у 1 (4 %). Боли в области предплечья наблюдались у 40 пациентов (62,2 %): справа — у 26 (65 %), слева — у 12 (31 %), с двух сторон — у 2 (4 %). Боли в области кисти отмечались у 17 пациентов (22,6 %): справа — у 9 (51 %), слева — у 8 (49 %). При движениях головы боли возникали или усиливались в области шеи и/или иррадиировали в руку в 54 % случаев (35 человек). У всех пациентов плечелопаточным периартрозом боли в области плечевого сустава усиливались при движении в нем. В покое боли были постоянными у 38 пациентов (59 %) и непостоянными — у 26 (41 %).

У всех пациентов с эпикондилезом имелись боли ломящего или ноющего характера в области наружного или внутреннего надмыщелков. А у пациентов стилоидитом — в области лучезапястного сустава с иррадиацией в предплечье или кисть. После процедуры мануальной терапии с воздействием на шейный и верхнегрудной отделы позвоночника у большинства больных в течение ближайших 3–4 часов наблюдалось усиление болевых ощущений в области шеи и надплечий в виде появления дополнительной болезненности, которая обязательно регрессировала в течение ближайших суток после проведения мануальной терапии, а имевшийся болевой синдром уменьшался по отношению к исходному уровню. Первая процедура мануальной терапии на болевой синдром в области руки, как правило, не влияла.

После проведения 2–3 процедур классической иглотерапии у большинства пациентов болевой синдром в области руки снижался на 20–40 %, после 3–5 процедур у части больных боли усиливались, но оставались ниже исходного уровня, а после дальнейших процедур вновь уменьшались.

Применение микроигл усиливало эффект как классической иглотерапии, так и мануальной терапии.

К концу курса лечения болевой синдром полностью прекратился у 24 пациентов,

значительно уменьшился — у 32, уменьшился — у 13, не изменился — у 3. Ни у кого из больных не отмечено усиление болей.

#### ***Заключение***

Таким образом, применение мануальной терапии, микроиглотерапии и классической иглотерапии при лечении нейродистрофических синдромов шейного остеохондроза позволяет добиться достаточно выраженного снижения болей в 77,8 % случаев, не вызывая побочных эффектов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Филиппович, Н. Ф.* Клиническая и функциональная диагностика мышечно-тонических и миофасциальных синдромов шейного остеохондроза / Н. Ф. Филиппович, Г. Я. Хулап, Т. В. Загорская. — Минск БелМАПО, 2006. — С. 10.
2. *Лихачев, С. А.* Мануальная терапия неврологических синдромов шейного остеохондроза / А. В. Борисенко, И. А. Борисов. — Витебск, 2001. — С. 5.

УДК 611.018.73:[611.21+611.31]-053.2(476.2)

### **ОЦЕНКА ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПОЛОСТИ НОСА И РТА У ДЕТЕЙ Г. ГОМЕЛЯ**

*Чайковская М. А.*

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### ***Введение***

В настоящее время неинвазивные методы обследования являются наиболее перспективными для мониторинга состояния здоровья в детских коллективах [1]. Клетки многослойного неороговевающего эпителия человека — один из самых доступных объектов для исследований. Главные преимущества данной неинвазивной методики: нетравматичность, легкость получения достаточного количества клеток, неограниченные возможности повторных анализов, возможность оценить не только общее, но и местное действие факторов окружающей среды.

Тканевые барьеры, к которым относятся слизистые оболочки носа и рта, являются первой мишенью действия факторов окружающей среды на организм и имеют генетически детерминированные клеточные механизмы защиты от воздействия. Химические соединения, проникая через тканевые барьеры, взаимодействуют с молекулярными, субклеточными и клеточными структурами, вызывая уже при первом контакте определенный ответ организма.

Надежность защитной функции слизистой оболочки обеспечивается не столько ее механическими качествами, сколько способностью к быстрому восстановлению утраченных или поврежденных структур и структурно-функциональными связями со всеми органами и системами организма, благодаря чему слизистая оболочка может использовать не только собственные возможности, но и ресурсы всего организма [2].

#### ***Цель исследования***

Оценить цитологический статус слизистых оболочек полости носа и рта (щеки) как одного из критериев показателя здоровья детей.

#### ***Материалы и методы***

Исследованию подлежали 146 детей 5–6 летнего возраста, посещающие ДДУ, расположенные в разных районах г. Гомеля. Исследование проводилось при предварительном добровольном согласии родителей либо опекунов детей, посещающих ДДУ г. Гомеля. Биоматериал брался у исследуемых из различных участков полости рта (слизистая оболочка в районе коренных зубов) и носа (слизистая носовой перегородки в об-