



• • • • • • • • • •
• • • • • • • • • •
• • • • • • • • • •

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТОВ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ

(случаи из практики)

• • • • • • • • • •
Выпуск 8 (2016) • • • • •

• • • • • • • • • •
• • • • • • • • • •
• • • • • • • • • •
• • • • • • • • • •
• • • • • • • • • •

Екатеринбург
2016 г.

Редакционный совет:

А.А. Власов, М.В. Умникова

**Клиническое применение аппаратов динамической
электронейростимуляции (случаи из практики). Вы-
пуск 8 (2016).** — Екатеринбург, 2016. — 128 с.

Издатели и редакционный совет оставляют за собой право на собственное мнение по публикуемым материалам. Авторский стиль изложения максимально сохранен.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АД** — артериальное давление
АТ — аурикулярная точка
БАТ — биологически активная точка
Гц — единица измерения частоты в системе СИ
ДЭНС — динамическая электронейростимуляция (ДЭНС-терапия)
ДЦП — детский церебральный паралич
ИВЛ — искусственная вентиляция легких
КТ — компьютерная томография
ЛТЗ — латентные триггерные зоны
МРТ — магнитно-резонансная томография
МЭД — программа минимальной эффективной дозы воздействия
НСГ — нейросонография
ОАК — общий анализ крови
ОАМ — общий анализ мочи
ПКЗ — пояснично-крестцовая зона
ППЖ — зона прямой проекции жалобы или органа, «предъявляющего жалобу»
ТА — точки акупунктуры
УЗДГ — ультразвуковая доплерография
УМ-1 — минимальный уровень мощности
УМ-2 — комфортный уровень мощности
УМ-3 — максимальный уровень мощности
ФГДС — фиброгастродуоденоскопия
ЦНС — центральная нервная система
ЧДД — частота дыхательных движений
ЧСС — частота сердечных сокращений
ШВЗ — шейно-воротниковая зона
ШК — зона «шейное кольцо»
ЭКГ — электрокардиография

ЭхоКГ — эхокардиография

ЭЭГ — электроэнцефалография

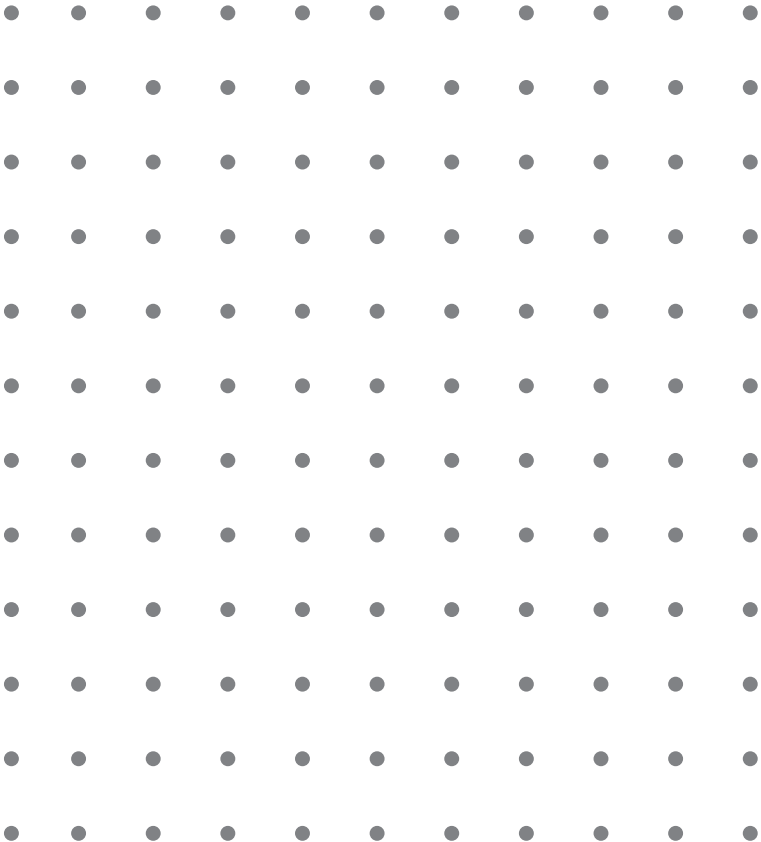
2 ШП — зона второго шейного позвонка

7 ШП — зона седьмого шейного позвонка

Нб — гемоглобин

ГЛАВА 1

Клинические случаи применения ДЭНС в педиатрической практике





ДЭНС-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

*Клинические наблюдения педагога-психолога Ж. А. Тищенко,
Анапа*

Я педагог-психолог, кинезиолог, занимаюсь с 2011 года коррекцией поведения и развития детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), в частности с расстройствами аутистического спектра (РАС). Для детей с аутизмом характерна очень высокая степень тревожности, стереотипность действия, четко выверенный маршрут движения, страх неизведанного и одновременно внутреннее любопытство. Невозможность выразить свои чувства приводит к внутреннему дискомфорту и далее вызывает негативные действия: ребенок кричит, плачет, разбрасывает и ломает вещи, щипается, совершает стерео-типные и монотонные движения, бесконечно, бесцельно кружится, замыкается в себе.

Все дети с ранним детским аутизмом очень красивые, у них удивительные глаза — очень спокойные, бездонные и печальные одновременно, правда, поймать этот взгляд бывает не просто.

В своей работе я использую индивидуальные и групповые занятия. В психологической коррекции применяю арт-терапию, песочную терапию, холдинг-терапию, сенсорную интеграцию и другие техники. Для каждого ребенка разрабатывается индивидуальный подход и маршрут развития. У всех этих детей разное проявление поведенческих

нарушений, но их объединяет одна большая проблема — отсутствие общения, потому что они не умеют взаимодействовать с другими детьми и очень негативно реагируют на вмешательство в их личное пространство. Именно социальную адаптацию считаю главной задачей в своей работе.

С того момента, как познакомилась с проблемой аутизма, постоянно находилась в поиске новых возможностей для эффективной помощи этим детям, многое научилась исправлять. Но эхолалия, гиперактивность, спонтанное поведение, искажение в восприятии звука (болевые ощущения при резком звуке) и другие сопутствующие аутизму проблемы казались неисправимыми, пока я не познакомилась с ДЭНС-терапией.

ДЭНС применяю с августа 2015 года и хочу поделиться своим опытом, наблюдениями. Всем детям проводилась ДЭНС по нижеследующей схеме.

Методика ДЭНС

1. Околопозвоночные зоны и зона заднего срединного меридиана: режим «Терапия», «77 10» или 77, 20, 10 Гц, чередуя, по 1 мин.
2. Речевые зоны (круговая мышца рта, подчелюстная зона, Су Джок): режим «Терапия», «77 10» или 77, 20, 10 Гц, чередуя, по 1 мин.
3. ШВЗ: режим «Терапия», «77 10» или 77, 10 Гц, чередуя, по 1 мин.
4. Зона почек: режим «Терапия», «77 10» или 77, 10 Гц, чередуя, по 1 мин.
5. Зона печени, поджелудочной, кишечника: режим «Терапия», «77 10» или 77, 60, 20, 10 Гц, чередуя, по 3–5 мин.
6. ПКЗ: режим «Терапия», «77 10», 1 мин.

7. Область наружного уха, зона за ухом: режим «Терапия», «77 10» или 77, 20, 10 Гц, чередуя, по 1 мин.
8. Зоны скальпа, и в частности зоны речи Брокка и Вернике, обрабатывались с помощью выносного электрода «расчески»: режим «Терапия», «77 10» или 77, 10 Гц, чередуя, по 1 мин., лабильно-стабильным способом.

На одной процедуре обрабатывались 3 зоны, средняя продолжительность процедуры 15–20 мин. В большинстве случаев выявлялись триггерные зоны в местах воздействия аппаратом, которые отличались покраснением, залипанием. Триггерным зонам уделялось дополнительное внимание.

Мальчик Я. 5 лет

Аутизм. Речь не развита, обращенную речь не слышит или игнорирует, мышечный гипертонус, ходьба на носках, гиперактивность. Ребенок не агрессивен, но может «впасть в буйство», при этом сметает все, что попадет под руку, ломает игрушки на кусочки. Мама отмечает повышенную чувствительность шейно-воротниковой зоны — мальчик совсем не дает к ней прикасаться, невозможно сделать массаж. Более трех лет страдает запорами до 5 дней подряд.

С 20.08 по 7.09 проведено пять процедур ДЭНС. Результат: налавился ежедневный стул, мальчик хорошо реагировал на процедуры, спокойно давал прикасаться к шее. Однако усилилась гиперактивность, изматывающая педагогов и родителей. Родители попросили отменить терапию.

Через 3 недели родители обратились с просьбой провести очередной курс, потому что у ребенка участились запоры.

С 28.09 по 09.10 проведен 2-й курс ДЭНС (ежедневно, всего 10 процедур). В течение 2-го курса, практически прошло негативное поведение. Ребенок стал спокойнее, хорошо

идет на контакт (если начинает нервничать, то по причине недостатка внимания). Значительно уменьшился гипертонус (движения стали мягче, без судорожного сжатия, без суеты), снизилась гиперактивность, спокойно реагирует на прикосновения, в том числе и к шее. Нормализовался стул. Между курсами проводились дополнительные процедуры в проекции кишечника.

С 02.10 по 13.10 проведен 3-й курс. На протяжении всего курса уделялось особое внимание зоне живота (постоянно наблюдалось сильное залипание при обработке встроенными электродами). К концу курса залипание прошло. Во время курса обнаружила проблемную зону на спине в нижнегрудном отделе слева (сильное залипание и покраснение), поэтому дополнительно отработывалась зона желудка (программа МЭД).

Результат: ребенок стал спокойным, хорошо идет на контакт, хорошо ведет себя на занятиях, заметно снизилась гиперактивность, стал реагировать на обращенную речь, выполнять простые задания: «дай карандаш» или «покажи ежика». Стул нормализовался. По окончании терапии мальчик стал опять ходить на носках и реагировать на прикосновения к шее. Однако родители, вдохновленные результатом, приобрели аппарат ДЭНАС и следующий курс будут проводить сами.

Мальчик Д. 4 года

Аутизм. Отмечаются стереотипные движения руками, постоянное кружение, занимается неохотно, часто отказывается выполнять задание.

С 7.09 по 16.09 проведен курс ДЭНС. Результат: практически прошли стереотипные движения, появился интерес к занятиям, сам стал брать карандаш и раскрашивать фигурки,

улучшился сон.

С 5.10 по 16.10 проведен 2-й курс ДЭНС. К вышеперечисленным зонам добавлены речевые зоны скальпа («77 10», 60, 10 Гц, чередуя). После курса у ребенка осмысленный взгляд, целенаправленные действия, прекратились кружения, стал выполнять простые словесные задания. Уровень аутоподобного поведения значительно снизился.

С 6.11 по 20.11 проведен 3-й курс ДЭНС. Результат: улучшилось, стабилизировалось поведение; отзывается на свое имя, подходит, со слов мамы — «поумнел».

Мальчик П. 6 лет 10 мес.

Аутизм. Речь понимает, знает порядковый счет, цвета, ориентируется в пространстве, словарный запас схематичен, владеет глобальным чтением, знает много стихов и песен. На простые вопросы отвечает эхολаличными фразами, соблюдая интонацию (на вопрос «Хочешь пить?» отвечает: «Не хочешь»; «Скажи до свидания» отвечает: «Скажи до свидания» и т.д.). Мальчик расторможен, постоянно в движении: залезает на подоконники, прыгает, резко кричит. Ночами плохо, кратковременно спит, внезапно кричит. Сопутствующие заболевания: плоскостопие, косолапость, аллергия (ребенок на безглютеновой диете).

С 20.08 по 7.09 проведено 4 процедуры ДЭНС. Со слов мамы, улучшился сон.

С 29.09 по 17.10 проведено 7 процедур. Улучшилось поведение, стал спокойнее, появилась осознанность в поступках, стал шутить.

С 3.11 по 27.11 проведено 12 процедур. У мальчика появилось логическое мышление, понятие о счете и количестве, называет предыдущую цифру и т.д. Стал отвечать на простые вопросы, практически прошла эхολалия (сам себя по-

правляет, если скажет эхоталично). Стал подходить, когда зовут, любит шутить, играет в мяч, перекидывая его другому человеку (до этого просто бросал куда-нибудь). Нормализовался сон, прекратились спонтанные выкрики.

Девочка С. 6 лет 7 мес.

Аутизм. Девочка беспокойная, если что-то не нравится, то падает, кричит, свои желания выражает криком.

С 20.08 по 7.09 проведено 5 процедур ДЭНС. На последнем занятии не плакала, ждала, когда ей проведут терапию. Девочка стала говорить «Привет!», «Пока!». Правда, не четко, но осознанно.

С 5.10 по 14.12 проведено 11 процедур ДЭНС. На некоторых процедурах по инициативе ребенка долго держали аппарат на языке — по 4 мин. на каждой частоте («77 10», 77, 60 Гц). Несмотря на прерывистые занятия, есть результаты. Девочка стала спокойнее, может показать жестом, что ей надо (до ДЭНС-терапии только падала и кричала). Стала подражать движениям, с удовольствием жестами повторяет потешки, но с детьми по-прежнему пока не общается.

Мальчик Б. 4 года

Аутоподобное поведение. Ребенок не говорит, на занятие приходит в плохом настроении, кричит, раскидывает вещи, выражая недовольство. Парные картинки не находит, обращенную речь понимает, но не всегда реагирует. Простые пазлы собирает с подсказкой.

С 26.10 по 19.11 проведено 13 процедур ДЭНС. Мальчик стал спокойнее, реагирует на обращенную речь, стал определять парные картинки, легко собирает пазлы, соотносит часть и целое, у него повысилась сообразительность, с удо-

вольствием подражает движениям в потешках, повторяет гласные звуки.

Выводы. У всех детей, которые получили курс ДЭНС, наблюдается положительная динамика. Дети стали спокойнее (со слов родителей: «Как будто поумнел»), охотнее идут на контакт (отзываются на имя, подражают движениям), исчезли стереотипные движения. Конечно, впереди еще много работы, но результаты, полученные за столь короткий период, вдохновляют и дарят надежду.



ПРИМЕНЕНИЕ ДЭНС-ТЕРАПИИ ПРИ ЛОГОНЕВРОЗЕ У РЕБЕНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Клиническое наблюдение врачей Н. Г. Лисецкой, С. А. Семашко,
Приморский Институт вертеброневрологии и мануальной
медицины, Владивосток*

Логоневроз (заикание) — это вид речевого расстройства, который проявляется в виде запинок в речи и заикания. Речь ребенка при данном расстройстве замедленна, характеризуется частыми длительными паузами, растянутым произнесением или повторением звуков, слогов и слов. Кроме речевых расстройств, логоневроз проявляется в сопровождающих движениях лица: дрожании челюсти и губ, быстром моргании, напряжении всех мимических мышц при попытке произнести слово или слог.

Это заболевание возникает независимо от возраста, но чаще всего у детей от 2 до 6 лет, когда вырабатываются навыки речи. Мальчики в три раза больше подвержены заиканию, чем девочки. Иногда рецидив заикания случается у подростков в возрасте 15–17 лет, чаще всего это связано с возникновением неврозов. Возникновению логоневроза способствуют ранние психологические травмы, органические поражения головного мозга, усиливающиеся нагрузки при активном вовлечении ребенка взрослыми в социокультурную среду: развивающие занятия, различные секции, кружки. Нервная система не выдерживает перегрузки, и формируется неврологическое нарушение.

История развития ребенка

Мальчик Ш.М., родился в феврале 2009 г. Желанный ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне угрозы выкидыша, обострения хронического пиелонефрита. Роды первые, преждевременные, в 35 недель, путем кесарева сечения. Масса при рождении 2450 г, рост 46 см. Из роддома был переведен в отделение новорожденных с **диагнозом:** правосторонняя очаговая пневмония на фоне пневмопатии, тяжелая ДН 2 ст. Гипоксически-геморрагическое поражение головного мозга. Перивентрикулярное кровоизлияние 2–3-й степени, недоношенность — 35 недель МАРС. Дополнительная хорда левого желудочка. Крипторхизм.

Из анамнеза жизни. В 2009 г. проходил стационарное лечение по поводу острого бронхита, атопического дерматита. С 2010 г. состоит на диспансерном учете по поводу рецидивирующего обструктивного бронхита, с июня 2012 г. диагностирована бронхиальная астма. Рецидивирующий аденоидит.

С апреля 2009 г. находится на учете у невролога с **диагнозом:** Перинатальное поражение центральной нервной системы. Синдром угнетения, ДЦП, правосторонний гемипарез. С 2010 г. — ДЦП, смешанная форма. Частичный гемипарез. Задержка речевого развития. Находится на учете у офтальмолога по поводу частичной атрофии зрительных нервов. Прямой гиперметропический астигматизм.

В институт на курс ДЭНС-терапии направлен логопедом (проходил лечение по поводу заикания и дизартрии) в сентябре 2013 г. Мальчику 4 года. При обращении жалобы на приступообразный, малопродуктивный кашель, приступы удушья на фоне базового лечения серетидом и беродуалом, постоянная заложенность носа. Ходит и спит с открытым ртом, храпит ночью. Речевые нарушения в виде запинок и повторения отдельных букв и слогов в начале пред-

ложения с длительными паузами в речи, сопровождающимися страхом и тиком артикуляционных мышц, нарушение произношения шипящих, Р, С, З, Л, В, а также замена слогов. Со слов мамы, заикание у ребенка появилось на фоне первых приступов бронхиальной астмы.

При осмотре: мальчик гиперактивный, нарушено носовое дыхание, кожные покровы несколько бледные, влажные. Приступообразный непродуктивный кашель, ЧД 19 в минуту. Над легкими при аускультации дыхание жесткое, масса сухих свистящих хрипов.

Схема ДЭНС-терапии (№ 12 по 25 минут ежедневно)

1. Яремная ямка: режим «Терапия», 60 Гц, 1 мин.
2. Задняя проекция легких: режим «Терапия», 77 Гц, 5–7 мин.
3. Тригеминальная зона: режим «Тест»; ЛТЗ: режим «Терапия», 77 Гц, по 1 мин.
4. Придаточные пазухи: режим «Терапия», 77 Гц, по 2 мин., затем 2,9 Гц, по 1 мин.
5. С 3-й процедуры после купирования обострения бронхиальной астмы вместо зоны задней проекции легких обрабатывались речевые зоны.
6. Левая височная зона: режим «Терапия», 10 Гц, по 1 мин., плюс речевые зоны: режим «Терапия», 20 Гц, по 2 мин. на каждую точку.
7. Тригеминальная зона через день и паравертебральная зона в режиме «Тест» с отработкой ЛТЗ: режим «Терапия», 77 Гц, по 30 сек. Зоны добавлены с 6-й процедуры.
8. Зона печени и кишечника: режим «Терапия», 60 Гц, по 5 мин. каждые 3 дня.
9. БАТ хэ-гу или область 7-го ШП, программа МЭД.

После окончания первого курса ДЭНС-терапии нормализовалось носовое дыхание, купировалось обострение бронхиальной астмы, реже стали запинки в речи. Мама обучена массажу шариком Су Джок, массажу артикуляционных и ауркулярных зон. Проведена остеопатическая коррекция и лечебная гимнастика. Через 2 месяца повторный курс ДЭНС-терапии. За это время не было приступов удушья, поэтому не обрабатывалась зона легких, больше времени уделялось речевым зонам. В дальнейшем курсовое лечение проводилось обученным логопедом.



ОПЫТ ВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА С РИНОЛАЛИЕЙ

*Клиническое наблюдение врачей Н. Г. Лицецкой,
А. А. Васильевой, Приморский Институт вертеброневро-
логии и мануальной медицины, Владивосток*

Ринолалия — расстройства артикуляции и голосообразования, обусловленные дефектами строения и функционирования речевого аппарата. Ринолалия характеризуется грубыми искажениями звукопроизношения, назализацией согласных и гласных звуков, вторичным нарушением фонематических процессов и письменной речи, недоразвитием лексико-грамматической стороны речи. Диагностическое обследование при ринолалии включает консультацию отоларинголога, челюстно-лицевого хирурга, логопеда для выявления анатомических и функциональных дефектов артикуляционного аппарата и степени нарушения всех сторон речи. С целью преодоления ринолалии может проводиться хирургическое, физиотерапевтическое, ортодонтическое лечение; психотерапия, логопедическая работа. Ринолалия — искажение звукопроизношения и тембра голоса вследствие нарушения нёбно-глоточного смыкания. Ринолалия встречается с частотой 1 случай на 760 человек.

Многообразие и сложность расстройств, лежащих в основе ринолалии, обуславливают необходимость участия в ее преодолении специалистов в области хирургической стоматологии, ортодонтии, отоларингологии, логопедии, психологии.

Механизм развития ринолалии связан с нарушением взаимодействия носовой полости и ротоглотки. В зависимости от особенностей этого нарушения принято выделять от-

крытую и закрытую форму ринолалии. С учетом возможных причин (анатомических дефектов или нарушения функции речевого аппарата) каждая из форм может быть органической и функциональной.

Открытая ринолалия характеризуется наличием постоянного открытого сообщения между носовой и ротовой полостью, что обуславливает свободное прохождение воздушной струи одновременно через нос и рот в процессе речи и возникновение носового резонанса при фонации.

Закрытая ринолалия связана с наличием препятствия, преграждающего выход воздушной струи через нос. В зависимости от уровня расположения анатомического препятствия (полость носа или носоглотка) выделяют соответственно закрытую переднюю и закрытую заднюю ринолалию. При сочетании непроходимости носа и недостаточности небно-глоточного кольца говорят о смешанной ринолалии. В этом случае отмечается отсутствие носовых звуков и назальный оттенок голоса.

По времени возникновения открытая органическая ринолалия может быть врожденной или приобретенной. Врожденная открытая ринолалия встречается у детей с расщелинами мягкого и твердого нёба («волчьей пастью»), расщеплением альвеолярного отростка верхней челюсти и верхней губы («заячьей губы»), укорочением мягкого нёба, раздвоением или отсутствием маленького язычка, скрытыми (субмукозными) расщелинами твердого нёба. Причинами врожденных расщелин лица может служить заражение беременной на ранних сроках гестации токсоплазмозом, гриппом, краснухой, паротитом и др. инфекциями; контакт с ядохимикатами и другими вредными веществами, курение, употребление наркотиков и алкоголя во время беременности, стрессы, эндокринные нарушения у будущей мамы. Критическим периодом для формирова-

ния расщелин лица служит 7–8-я недели эмбриогенеза.

Приобретенная открытая органическая ринолалия возникает в результате рубцовых деформаций, травматической перфорации нёба, параличей и парезов мягкого нёба, обусловленных ранением или опухолевой компрессией языкоглоточного или блуждающего нервов.

Случаи открытой функциональной ринолалии встречаются после удаления аденоидов или при постдифтерийных парезах мягкого нёба. При этом наблюдается недостаточный подъем мягкого нёба и неполное нёбно-глоточное смыкание при фонации.

Причинами закрытой органической ринолалии выступают различного рода анатомические изменения в носовой полости или носоглотке. Передняя закрытая ринолалия может быть связана с наличием искривления носовой перегородки, полипов носа, гипертрофии слизистой, опухолей полости носа. Задняя закрытая ринолалия вызывается аденоидами, полипами, фибромами носоглотки, ростом непарной глоточной миндалины и т.д.

Закрытая функциональная ринолалия возникает при гипертонусе мягкого неба, препятствующем выходу воздушной струи через нос. Данное состояние может развиваться вследствие аденоидэктомии, неврологических нарушений, а также на фоне копирования гнусавой речи окружающих.

Ведение детей с различными формами ринолалии — сложная многоэтапная работа многих специалистов. Поиск новых методов лечения таких детей особенно актуален. В Приморском институте вертеброневрологии и мануальной медицины разработана комплексная программа лечения детей с различными нарушениями речи, включающая динамическую электронейростимуляцию (ДЭНС) и остеопатическую и мануальную коррекцию. Как пример такого

лечения предлагается история болезни ребенка с открытой врожденной ринолалией.

История развития ребенка

Мальчик Я. Е., родился в августе 2007 г. Желанный ребенок от 4-й беременности (двух родов), протекавшей на фоне герпетической инфекции, угрозы выкидыша и диффузного токсического зоба. Роды преждевременные в 35 недель. В роддоме диагностирован врожденный порок сердца: тетрада Фалло, тяжелая форма. Открытое овальное окно. Частые одышечно-цианотические приступы. Перинатальная патология ЦНС, гипертензионный синдром. Расщелина мягкого неба.

В декабре 2007 г. и в июле 2008 г. в Новосибирском научно-исследовательском институте патологии кровообращения им. Е. Н. Мешалкина проведены операции по радикальной коррекции тетрады Фалло. В 2009 г. в Ярославле ребенок оперирован по поводу расщелины мягкого нёба.

В наш институт был направлен логопедом-дефектологом в октябре 2014 г. Мальчику 7 лет, с логопедом занимается в течение двух лет. На момент осмотра: ребенок контактен, интеллект сохранен, старается выполнять задания, знает буквы, цифры, умеет считать, но из-за грубых речевых нарушений артикуляции большая часть согласных приобретает заднеязычный оттенок и напоминает звук «хэ», все согласные звуки имеют носовой оттенок и между собой практически не дифференцируются. Обращает внимание изменение положения и активности языка во время речи: тело языка оттянуто кзади, корень в состоянии гипертонуса, а кончик паретичен. Нарушена взаимосвязь артикуляционных и мимических мышц, наличие синкинезий. Носовое дыхание во время речи поверхностное и ускоренное, нарушена плавность выдоха.

Программа лечения включала одновременное проведение ДЭНС-терапии, мануально-остеопатической коррекции и занятий логопеда.

Схема ДЭНС-терапии (№ 15 по 25–30 минут)

1. Тригеминальная зона: режим «Тест»; обработка ЛТЗ: режим «Терапия», 77 Гц, по 1 мин.
2. Корень языка: режим «Терапия», 10 Гц, 2 мин. чередовались с «77 10», 2 мин.
3. Речевые зоны: режим «Терапия», «77 10», по 2–3 мин. в каждой точке.
4. Левая височная зона: режим «Терапия», 10 Гц, 2 мин.
5. 2-й шейный позвонок: режим «Терапия», 77 Гц, 2 мин.
6. Паравертебральная зона: режим «Тест»; обработка ЛТЗ: режим «Терапия», 77 Гц, по 30 сек., через день.
7. Зона печени и кишечника: режим «Терапия», 60 Гц, по 5 мин., 1 раз в 5 дней.
8. БАТ хэ-гу или область 7-го ШП: программа МЭД.

После первого курса лечения отмечалась положительная динамика в виде уменьшения тонуса языка и увеличения объема артикуляционных движений, появилась дифференцировка согласных звуков и улучшилось носовое дыхание. Мама ребенка была обучена технике ДЭНС-терапии и дальнейшие курсы проводила каждые 2 месяца самостоятельно под контролем врача. Одновременно ежемесячно проводилась остеопатическая коррекция и были постоянные занятия с логопедом.

В настоящее время мальчик учится в первом классе, старается успевать по всем предметам, читает медленно. Есть нарушение в произношении шипящих, но речь можно разобрать, а главное, ребенок стал общаться со сверстника-

ми, и у него есть огромное желание и надежда на хороший результат.

Таким образом, использование ДЭНС-терапии и остеопатии в комплексном ведении детей с врожденными тяжелыми формами ринолалии оправданно, эффективно и желательно при назначении в ранние сроки на фоне занятий с логопедом.



ДИНАМИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ В ПРАКТИКЕ УЧИТЕЛЯ- ЛОГОПЕДА В ДЕТСКОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

*Обзор учителя-логопеда С. Н. Качиной,
МАДОУ «Детский сад № 97», Пермь*

В данной публикации обобщен и систематизирован опыт применения ДЭНС-терапии на логопедических занятиях с детьми в логопедическом пункте МАДОУ «Детский сад № 97» в Перми.

Актуальность. По данным российской и мировой статистики, количество детей с речевой патологией неуклонно растет. Этот факт подтверждает и ежегодная диагностика речевых нарушений, которую я провожу среди детей 3–7 лет, посещающих МАДОУ «Детский сад № 97» в Перми. Сбор анамнестических данных у таких детей свидетельствует, как правило, о перинатальном поражении центральной нервной системы (минимальная мозговая дисфункция, гипоксическое поражение ЦНС), наличии хронических заболеваний у матери, о заболеваниях ребенка на первом году жизни и др. Общеизвестно, что использования в коррекционной работе одних только педагогических (логопедических) средств недостаточно. Чтобы максимально изжить речевой дефект, необходимо задействовать весь арсенал междисциплинарного подхода к коррекции речевых нарушений, заручиться поддержкой врачей: неврологов, психи-

атров, кинезиотерапевтов, физиотерапевтов. К сожалению, далеко не все родители детей, имеющих речевые нарушения различной этиологии и степени тяжести, прислушиваются к рекомендациям логопедов и дают возможность своим детям получить нужную помощь в полном объеме.

Почему я выбрала ДЭНС-терапию среди других прочих методов? Потому что, по сравнению с другими методами физиотерапии, ДЭНС-терапия имеет, на мой взгляд, ряд очевидных преимуществ (таблица 1).

Аппараты производства «ДЭНАС» могут с успехом заменить или дополнить другие виды медикаментозной и физиотерапевтической помощи детям, имеющим речевые нарушения. ДЭНС рекомендуется при следующих диагнозах: дизартрия, моторная дисфазия, заикание, афазия.

Методика ДЭНС

Для удобства все зоны аппаратного воздействия разделены на три группы: универсальные, специальные и иммунные.

Зоны универсальные

1. ШВЗ обрабатывается в режиме «Тест» (1-я фаза программы МЭД) сначала по остистым отросткам, затем симметрично по паравerteбральным зонам. Выявленные ЛТЗ обрабатываются в режиме «Терапия», 77 Гц, по 30 сек.
2. Тройничная зона обрабатывается в режиме «Тест», выявленные ЛТЗ: режим «Терапия», 77 Гц, 30 сек.

Зоны специальные

1. Зона языка: режим «Терапия», 77, 60 Гц или «77АМ» при паретичности, 1–3 мин; режим «Терапия», 10 Гц или «77 10» при спастичности мышц. Уровень мощности минималь-

Таблица 1

Сравнительный анализ достоинств и недостатков наиболее часто используемых методов в логопедии

Метод	Достоинства	Недостатки	Преимущества ДЭНС
Фармакотерапия	Направление на улучшение мозгового кровообращения и работы ЦНС и нормализацию мышечного тонуса	Есть противопоказания, возможны аллергические реакции, ограниченные сроки лечения	Минимум противопоказаний, выраженный сосудистый эффект, нормализация мышечного тонуса, курсы ДЭНС могут повторяться через 14 дней
Массаж	Направление на улучшение регионарного кровотока, нормализацию мышечного тонуса	Если массаж проводит логопед, то необходимо специальное обучение, отдельный кабинет, оборудованный в соответствии с требованиями СанПиН. Необходимость посещения лечебного учреждения	Возможность выбора параметров стимуляции с учетом состояния мышечного тонуса, проводить процедуры можно где угодно: дома, в детском саду, на даче и т. д.

Метод	Достоинства	Недостатки	Преимущества ДЭНС
Электрофорез	Улучшает регионарный кровоток, помогает лекарственным средствам глубже проникнуть в ткани, нормализует мышечный тонус	Есть противопоказания, необходимость посещения лечебного учреждения, ограничения по времени и частоте применения (десять сеансов один раз в шесть месяцев)	Не требует специальных условий для проведения процедур, может применяться в области самых различных БАТ и БАЗ, курсы ДЭНС могут повторяться через 14 дней
Рефлексотерапия (воздействие на БАТ и БАЗ с помощью цветотерапии, светотерапии, иглорефлексотерапии и др.)	Направлена на нормализацию работы центральной и периферической нервной системы	Проводится специалистом: рефлексотерапевтом, необходимость посещения лечебного учреждения, высокие цены при проведении платных процедур	Аппараты адаптированы для применения в домашних условиях, обучение методу ДЭНС доступно для любого желающего, неинвазивное, безболезненное воздействие с хорошей переносимостью

ный (у детей дошкольного возраста и у взрослых со спастичностью мышц) или комфортный у взрослых.

2. Речевая зона (или зона круговой мышцы рта): режим «Терапия», 77 Гц (при выраженной спастичности — на частоте 10 Гц или «77 10»), по 30 секунд на каждой точке, сначала сверху, затем внизу, затем справа и слева. Уровень мощности — с учетом тонуса мышц. Зона эффективна при моторной дисфазии, заикании, афазии вследствие перенесенного инсульта.
3. Подчелюстная зона по направлению от уха до уха: режим «Терапия», 77 Гц, по 2–5 мин. при комфортной мощности.
4. Зона «шейное кольцо»: режим «Терапия», 77 Гц, 3–5 мин. при комфортной мощности. Встроенные электроды аппарата устанавливаются в области остистых отростков позвонков с одной стороны шеи и последовательно передвигается вокруг шеи до остистых отростков тех же позвонков с другой стороны шеи, образуя таким образом воображаемое кольцо). В области щитовидной железы аппарат не ставить! Кольцо можно замыкать от двух до пяти раз.
5. Зоны соответствия по Су Джок — подушечки пальцев рук, околоногтевые зоны (справа и слева от ногтя — это проекции височных долей мозга) — обрабатываются на частоте 77 Гц, 1–3 мин. при комфортной мощности.

Зоны иммунные

1. БАТ хэ-гу: режим «Терапия», 10, 77 Гц, 1–3 мин. утром.
2. БАТ цзу-сань-ли: режим «Терапия», 10, 77 Гц, 1–3 мин. утром.
3. Зона яремной ямки: режим «Терапия», 77 Гц, 1–3 мин. Кроме случаев речевых нарушений, обрабатывается при кашле, аллергических реакциях, удушье.

4. Зона 2 ШП: режим «Терапия», 77 Гц, 1–3 мин.

5. Зона 7 ШП: режим «Терапия», 77 Гц, 1–3 мин.

Для усиления эффекта рекомендуется добавить воздействие выносным точечным электродом на аурикулярные точки (дети старше 7 лет): режим «Терапия», 10 или 20 Гц, по 1 мин. при минимальной мощности. На процедуре обрабатываются одна-две точки: АТ 55 (точка ЦНС), 29 (затылок), 84 (рот), 34 (кора головного мозга), 103 (трахея), 51 (симпатическая нервная система), 25 (ствол мозга), 26 (нижняя челюсть), 31 (регулирует дыхание), 28 (точка мозга, гипофиз), 4 (язык), 37 (шейный отдел позвоночника).

При планировании процедуры берется по одной зоне из каждой группы. Таким образом, на одной процедуре можно обрабатывать три зоны (например, одну универсальную, одну специальную и одну иммунную). Курс 10–14 процедур, перерыв между курсами от 10–14 до 20–28 дней, количество курсов с учетом выраженности нарушений (от 1–2 до 6–8 в течение года).

Лечение речевых нарушений — это комплекс мероприятий, проводимых под руководством логопеда. В качестве примера привожу конспекты двух логопедических занятий и клинический случай.



Конспект логопедического занятия.

Тема: звук Ш.

Цель: автоматизация звука Ш в прямом слоге.

Задачи:

- коррекционные: 1. анализ артикуляции [Ш] с помощью ручной модели показа и самоконтроля;
2. автоматизация [Ш] изолированно и в прямых слогах ША, ШО, ШУ, ШИ
- развивающие: 1. развивать зрительно-моторную координацию
2. развивать самоконтроль при произнесении [Ш]
3. ориентироваться на зону ближайшего развития (автоматизация [Ш] в прямом слоге в начале слова)
4. совершенствовать процесс слогового чтения
- воспитательные: 1. воспитывать усидчивость, умение принимать задачу и доводить дело до конца.

Оборудование: Комплекс артикуляционной гимнастики на звук [Ш], буквы Л, О, У, И и слоги ША, ШО, ШУ, ШИ из разрезной азбуки, карточка со слогами ША, ШО, ШУ, ШИ на развитие самоконтроля, фишки двух цветов для оценки артикуляции [Ш], д/и «Доскажи словечко», пособие Баскакиной, Лынской «Жужжалочка и Шипелочка», простой карандаш, карточки с упражнениями на самомассаж «Волшебный карандаш» и на развитие общей моторики «У Маланю

Содержание:

Орг. момент	На следующий год ты пойдешь в школу. Давай поиграем в урок: я буду учителем, а ты учеником, а потом поменяемся.
Нормализация неврологического статуса	Сеанс ДЭНС-терапии. Зоны: язык 77 Гц 2 мин ✓ Параорбитальные зоны по 10 сек. 10 Гц 2 ШП 77 Гц 1 мин
Артикуляционная гимнастика на [Ш]	См. карточку с комплексом арт. гимнастики на [Ш]. Перед выполнением гимнастики - анализ артикуляции.
Автоматизация изолированного [Ш]	Д/и «Обведи и назови». Ребенок обводит написанные буквы Ш и каждую называет. Д/и «Закончи слово». Логопед: «Ты будешь учителем, а я учеником. Ты начинаешь слово – произносишь [Ш]- а я заканчиваю.»
Развитие мелкой	Предлагаю поиграть карандашом. (см. карточки для

моторики	д/и «Волшебный карандаш» .Логопед переворачивает карточки картинкой вниз, ребенок берет любую карточку и вместе с логопедом выполняет задание.
Автоматизация в слогах	<ol style="list-style-type: none">1. Составление слогов из букв разрезной азбуки2. Карточка самоконтроля с оценкой с помощью разных фишек произношения [Ш]3. Чтение слогов на шапках4. Д/и «Начни слово». Ребенок произносит слог в начале слова, а логопед заканчивает все слово. После этого предложить ребенку прочесть все слова самостоятельно целиком.
Развитие общей моторики	П/и «У Маланьи»
Итог	Какой звук в слогах и в словах сегодня на занятии встречался чаще других? Какие слова со звуком [Ш] ты запомнил? Назови их. Похвалить ребенка.

Конспект логопедического занятия.

Тема: звук С.

Цель: автоматизация звука С в прямых слогах и в словах в прямом слоге.

Задачи:

- коррекционные: 1. закрепить произношение [С] в прямом слоге и в словах в прямом слоге в начале и в середине слова;
2. контролировать произношение недавно поставленного звука [Л]
- развивающие: 1. уточнить обобщающие понятия (животные, птицы, транспорт, посуда, одежда, мебель)
2. развивать логическое мышление
3. ориентироваться на зону ближайшего развития (автоматизация [С] в начале слова в стечении с согласными)
- воспитательные: 1. воспитывать усидчивость, умение принимать задачу и доводить дело до конца.

Оборудование: картинки со звуком [С], пособие Комаровой Л.А. «Автоматизация звука С в игровых упражнениях», карточка с игрой на развитие мелкой моторики «Стул» и на развитие общей моторики «У Маланьи».

Содержание:

Орг. момент	Сегодня мы будем тренировать звук С
Нормализация неврологического статуса	Сеанс ДЭНС-терапии. Зоны: язык 10 Гц 1 мин 6 точек в МЭД 7 ШП 77 Гц 1 мин
Автоматизация в слогах	См. пособие Комаровой Л.А., с. 4
Автоматизация в словах	Д/и «Тематическое лото». Сначала отраженная речь, потом самостоятельная. Логопед: «У меня (называет картинку). А у тебя?» Ребенок: «И у меня ...» Когда все картинки названы, попросить ребенка соотнести каждую с соответствующим обобщающим понятием. Д/и «Логическое лото» Логопед: «У меня...., а у тебя?» - ребенок должен найти картинку, логично связанную по смыслу с предложенной логопедом. Д/и «Любопытный». Картинки перевернуты рисунком вниз. Логопед задает разные вопросы, а ребенок отвечает

	названием той картинки, которую возьмет.
Развитие мелкой моторики	Сегодня мы выучим с тобой новую игру «Стул». Логопед показывает движения, произносит слова, ребенок повторяет.
Развитие общей моторики	П/и «У Маланьи»
Итог	Какой звук в словах сегодня встречался чаще других? Какие слова со звуком [С] ты запомнил? Назови их. Похвалить ребенка.

Клинический случай. Мальчик Н., 5,5 лет

Диагноз: функциональное расстройство речи, псевдобульбарная дизартрия.

Были нарушены следующие звуки: Ш, Ж заменялись на С и З, Л — губно-губной, Р изолированно вызывался как увулярный, в спонтанной речи отсутствовал, Рь- отсутствовал. В целом речь звучала очень смазанно, нечетко. Про таких детей часто говорят: у них каша во рту.

Наряду с классическими методами логопедического воздействия проводилась ДЭНС.

Методика ДЭНС

1. Тройничная зона и ШВЗ чередовались: режим «Тест» с обязательной обработкой ТЗ в режиме «Терапия», 77 Гц.
2. Зона вокруг рта, подчелюстная зона и ШК чередовались на разных процедурах: режим «Терапия», 77 Гц.
3. Зона языка: режим «Терапия», 10 Гц (т.к. была выраженная спастичность мышц языка), ежедневно.
4. Иммунные зоны — 7 ШП, зона печени (Су Джок): программа МЭД, вечером.

Выполнять артикуляционную гимнастику было намного комфортнее после сеанса ДЭНС, потому что тонус мышц артикуляционного аппарата был приведен близко к нормальному.

Проведено три курса ДЭНС-терапии по 10 процедур, с перерывом 10–14 дней между курсами.

В период с октября по апрель все звуки были поставлены и введены в спонтанную речь. Для сравнения: даже при отсутствии неврологических нарушений и диагнозов работа над одной фонетической группой звуков занимает не менее трех месяцев.

Транслируя свой опыт применения ДЭНС-терапии в практике учителя-логопеда на конференциях и семинарах различного уровня, публикуясь в сборниках, я не только делилась личным опытом, но и приобрела много сторонников среди коллег-логопедов. Мои коллеги теперь также применяют ДЭНС-терапию в качестве дополнительного эффективного средства при коррекции речевых нарушений у детей и отмечают стойкую положительную динамику коррекционной работы.

Список литературы

1. Динамическая электростимуляция в российских и международных медицинских изданиях: Избранные научные работы, опубликованные в 2013 году. Екатеринбург, 2014.
2. ДЭНС-факультет. Архив научно-практических трудов. Том I. Екатеринбург, 2004.
3. Клиническое применение аппаратов динамической электростимуляции (случаи из практики). Екатеринбург, 2009.
4. Клиническое применение аппаратов динамической электростимуляции (случаи из практики). Выпуск 4. Екатеринбург, 2012.
5. Мультидисциплинарные подходы к коррекции речевых нарушений в дошкольном и младшем школьном возрасте // Мат-лы краев. науч.-практ. конф. (15 декабря 2011 г., Краснокамск)/под. ред. Л. Р. Лизуновой. Краснокамск, 2011.

6. Руководство по динамической электронейростимуляции аппаратами ДиаДЭНС-Т и ДиаДЭНС-ДТ/Под общ. ред. В. В. Чернышева. Екатеринбург, 2005.
7. V Русановские чтения: Всероссийская (с международным участием) научно-практическая конференция им. В. Н. Русанова (18 октября 2013 г., Оса). Вып. 5, ч. 2/Под общ. ред. Т. В. Сапожниковой. МБОУ ДО «МЦЦ», Оса. Пермь, 2013.
8. Универсальный регистр ДЭНС-терапии. Екатеринбург, 2003.



ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С АУТИЗМОМ

*Клинические наблюдения учителя-логопеда Л. В. Округиной,
Мошковский районный «КЦСОН», отделение реабилитации
инвалидов, Новосибирск*

В Новосибирске в 2013 году на заседании логопедического клуба «Кругозор» в рамках учебного авторского семинара Е. Ф. Архиповой (доктор педагогических наук, профессор кафедры логопедии МГТУ) я познакомила коллег с опытом применения ДЭНС в МОУ СОШ № 17, АНО «Буквоежка» в Усть-Илимске при коррекции тяжелых речевых нарушений. Руководитель семинара согласилась с выводами о необходимости применения ДЭНС-терапии.

В настоящее время работаю с детьми с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья), в том числе и с детьми с РАС (расстройствами аутичного спектра) в отделении реабилитации инвалидов Мошковского районного «КЦСОН» Новосибирской области. В качестве примера привожу показательный случай успешной коррекции.

Мальчик, 6 лет. Инвалид в статусе ОВЗ. Жалобы родителей: отсутствие речи, аутоподобное поведение. Со слов родителей, врачи предупредили о том, что заболевание ребенка не подлежит медицинской коррекции. Проведение медикаментозного лечения было затруднено, поскольку ребенок никого к себе не подпускал.

После осмотра и расспроса установлен диагноз: расстройство аутичного спектра при несформированной коммуникации.

Родители приобрели аппарат ДЭНАС-ПКМ, прошли обучение, начат курс. Два раза в неделю комплексные процедуры проводились в отделении, в остальные дни родители проводили лечение дома.

Методика ДЭНС

1. Зоны соответствия Су Джок на стопах и кистях (подушечки пальчиков): режим «Терапия», 20 Гц, по 1 мин., 2 недели; затем на той же частоте по 2 мин. еще 2 недели.
2. ШВЗ с помощью ДЭНАС-аппликатора: режим «Терапия», 10 Гц, 10 мин.
3. БАТ хэ-гу 3 дня подряд с чередованием зоны печени на 4-й день: программа МЭД, 4 недели.
4. Левая височная область (речевая зона): режим «Терапия», 10 Гц, 2 мин., чередуя с выносным электродом-расческой.
5. Подчелюстная зона: режим «Терапия», 10 Гц, 1 мин., 4 недели.
6. Речевая зона вокруг рта: режим «Терапия», 10 Гц, по 1 мин. в каждой точке, 4 недели.
7. Язык (включили в схему через 2 недели): режим «Терапия», 10 Гц, 1 мин.

Продолжительность курса ДЭНС в общей сложности составила 3 месяца. Через 2 месяца начала формироваться коммуникативная деятельность. Ребенок начал контактировать с медработниками, социальными работниками. После чего стал возможен контакт со мной как логопедом. Продолжая ДЭНС-терапию, начали реабилитационную работу через логопедическую коррекцию, в том числе логопедический массаж, артикуляционную гимнастику. Ребенок до-

пустил полный тактильный контакт (чего до этого не разрешал). Динамика в развитии ребенка, особенно учитывая медицинский прогноз, абсолютно положительная.

Работа с мальчиком продолжается.

Вывод

1. Применение ДЭНС-терапии у детей с расстройствами аутичного спектра позволяет корректировать рефлекторные и психоэмоциональные нарушения, даже несмотря на неблагоприятный медицинский прогноз.
2. Сочетание ДЭНС-терапии с логопедическими конструкциями ускоряет восстановление коммуникативной деятельности ребенка.
3. Исходя из опыта лечения детей с РАС, настоятельно рекомендуется проводить ДЭНС для реабилитации таких пациентов в максимально ранние сроки.

Литература

1. Дьякова Е.А. Логопедический массаж. Учебное пособие для студентов вузов. М.: Академия, 2003.
2. Руководство по динамической электростимуляции аппаратами ДиаДЭНС-Т и ДиаДЭНС-ДТ/Под общ. ред. В. В. Чернышева. Международная академия фундаментального образования, медицинский центр корпорации «ДЭНАС МС». Екатеринбург, 2005. С. 283.
3. Новикова Е.В. Зондовый массаж: коррекция звукопроизношения. Наглядное пособие. М., 2000.
4. Мартынов С.М. Домашняя рефлексотерапия. М.: Крон-Пресс, 1995.
5. Архипова Е.Ф. Методы коррекции речевого и психического развития детей с церебральным параличом в раннем возрасте: Кн. для логопеда, воспитателя, родителей детей с ДЦП. М., 1997.



АНАЛИЗ ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

*Клинический обзор учителя-логопеда Л. В. Округиной,
МОУ СОШ № 17, АНО «Буквоежка», Усть-Илимск*

Динамическая электронейростимуляция (ДЭНС) применяется в лечебно-профилактических учреждениях Усть-Илимска с 2001 года.

ДЭНС-терапия разрешена к применению врачами, педагогами, прошедшими курс обучения. Интегрирована в систему практической логопедии в условиях лечебных, лечебно-профилактических и образовательных учреждений.

ДЭНС-терапия является гармоничным продолжением реабилитационных форм работы с тяжелыми речевыми нарушениями. Данный метод внедрен в коррекционную систему как дополнительное средство воздействия и стимуляции речевых зон у детей-логопатов.

С 2005–2007 годов проводились исследования с целью оценки эффективности ДЭНС-терапии при различной патологии речевого развития. Сроки коррекции тяжелых речевых нарушений (дизартрии, ОНР1–2, алалии, ринолалия и т.д.) при традиционной методике составляли два-три года и более в зависимости состояния речевого и голосового аппарата. С применением ДЭНС-терапии сроки коррекции, качество состояния устной и письменной речи в динамике значительно сокращаются — в полтора-два раза.

Цель исследования — изучение влияния ДЭНС-терапии на следующие параметры:

- подвижность артикуляционного аппарата;
- развитие импрессивной и экспрессивной стороны речи;
- развитие фонетико-фонематического, лексико-грамматического строя, связной речи;
- развитие когнитивной деятельности;
- развитие общих движений, мелкой моторики;
- развитие просодической организации звукового потока (мелодико-интонационной стороны речи).

С согласия родителей полный курс ДЭНС получили 40 детей. В том числе: 11 детей в возрасте 7–11 лет (обучающиеся в МОУ СОШ № 17); 23 ребёнка в возрасте 4–7 лет (ДОУ-38); и 6 детей — 3–8 лет (АНО «Буквоежка», частная практика).

ДЭНС проводилась дифференцированно. В зависимости от специфики нарушения тонуса мышц губ, языка, шеи, лица, наличия гиперкинезов выбиралась интенсивность воздействия.

Минимальный уровень мощности соответствовал воздействию слабой интенсивности, при которой ребенок либо не испытывал никаких ощущений, либо ощущал легкую вибрацию. Такой уровень применялся у детей с тяжелыми речедвигательными расстройствами, осложненными повышенной нервной и рефлекторной возбудимостью.

Средний уровень мощности, при котором может ощущаться безболезненное приятное покалывание, применяется у детей с различной речедвигательной патологией.

Третий уровень мощности, самый интенсивный (минимально комфортный), применяется у детей со сниженным тонусом артикуляционных мышц.

ДЭНС-терапия проводилась в комплексе с логопедическими мероприятиями, включающими логопедический массаж (прямой ручной, зондовый), развитие артикуляционной моторики (артикуляционная гимнастика), мелкой моторики кисти, фонематического слуха, обогащение словарного словаря.

Рецептура аппаратного воздействия (БАЗ, БАТ, зоны Суджок) составлялась с учетом уровня нарушения речи и возраста ребенка. Длительность сеанса от 7 до 15 минут, воздействие на одну зону от 2 до 5 минут, в режиме «Терапия», 10, 20 Гц.

Результат. Включение ДЭНС в коррекционную работу у детей способствовало сокращению сроков коррекционной работы на один-три месяца, по сравнению с аналогичными у детей, получавших только традиционную логопедическую помощь.

Для закрепления результата работы с детьми родителям рекомендовалось приобрести аппарат. В таких случаях процесс коррекции находился в постоянной динамике, что значительно ускорило результат — на две-три недели на каждом этапе — в сравнении с аналогичным у детей-логопатов, не получавших аппаратного лечения дома.

Выводы

1. Применение ДЭНС на логопедических занятиях помогает формированию коммуникативных попыток в виде звуковых, слоговых и других проявлений у детей с задержкой речевого развития; активирует безусловные рефлексы (жевание, глотание, слюнообразование).
2. ДЭНС стимулирует работу мышц речевого аппарата и мимических мышц, улучшает зрительно-моторную координацию.

3. ДЭНС значительно ускоряет восстановительные процессы и адаптивные механизмы по сравнению с применением только традиционной логопедической практики.
4. ДЭНС-терапия безопасна в применении, не вызывает аллергических реакций, не нарушает физиологический энергетический потенциал детского организма, удобна в применении, отвечает требованиям по организации логопедических занятий, позволяет решать адаптационные задачи.
5. На основании опыта применения динамической электростимуляции можно уверенно заявить о ее реальном эффекте и целесообразности внедрения как дополнительного средства в системе логопедической практики.

Литература

1. Дьякова Е.А. Логопедический массаж. Учебное пособие для студентов вузов. М.: АСАДЕМА, 2003.
2. Руководство по динамической электростимуляции аппаратами ДиаДЭНС-Т и ДиаДЭНС-ДТ / Под общ. ред. В.В. Чернышева. Екатеринбург, Междунар. академия фундамент. образования, медцентр корпорации «ДЭНАС МС», 2005. С. 283.
3. Новикова Е.В. Зондовый массаж: коррекция звукопроизношения. Наглядно-практическое пособие. М., 2000.
4. Мартынов С.М. Домашняя рефлексотерапия. М., КРОН-ПРЕСС, 1995.
5. Архипова Е.Ф. Методы коррекции речевого и психического развития детей с церебральным параличом в раннем возрасте: Кн. для логопеда, воспитателя, родителей детей с ДЦП. М., 1997.



ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ДЭНАС С САМОГО РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

Клиническое наблюдение врача анестезиолога-реаниматолога И. В. Заболоцкой, Саратов

Я врач анестезиолог-реаниматолог. Уже более 14 лет в нашей семье живут аппараты семейства «ДЭНАС».

Беременность у дочери протекала сложно: она почти постоянно находилась в условиях стационара из-за угрозы прерывания беременности. Ребёнок внутриутробно очень сильно страдал. Мне пригодилась следующая методика: я брала аппарат в руку, а другую прикладывала к животу дочери. Ещё внутриутробно у нас со старшим внуком сложилось взаимопонимание — он сразу успокаивался, мама засыпала, и угроза временно купировалась. Работа аппаратом по системе Су-Джок позволяла медикаментозные препараты сводить практически к минимуму, ведь у любых препаратов есть основное противопоказание — беременность!

У дочери была эклампсия — тяжёлое проявление токсикоза второй половины беременности (высокое артериальное давление, нарушение функции печени и почек). Ребёнок родился очень тяжёлым, в 35 недель, с помощью операции кесарево сечение. 17 дней находился в реанимационном отделении.

Диагноз: тяжёлое гипоксическое поражение ЦНС, гипоксическое желудочно-кишечное кровотечение.

С первых дней, как только мы его забрали домой, подключили аппарат. Применяли МЭД в зоне стопы. Первая фаза программы «Тест» была до 900 секунд! Но вскоре всё нор-

мализовалось. А параллельно у нас никогда не было проблем с животиком. Долго рассказывать, как мы практически ежедневно работали аппаратом. Подрастая, малыш очень полюбил лечение по языку. Даже зубы у него прорезывались безболезненно!

С учёта микроневролога мальчика сняли в 2 года. Доктор сказал, что в его услугах больше нет необходимости.

С 2,5 лет посещает детский сад. С удовольствием участвует во всех праздниках и утренниках, занимается танцами. Очень спортивный мальчик!

Сейчас малышу 3,5 года. Он очень любит книги, хорошо говорит, отлично запоминает стихи, знает все буквы, считает до 50 по порядку и обратно. Знает наизусть и с большим удовольствием рассказывает стихи Корнея Чуковского, Агнии Барто, А.С. Пушкина «Лукоморье» — ещё с 3 лет и «Бородино».

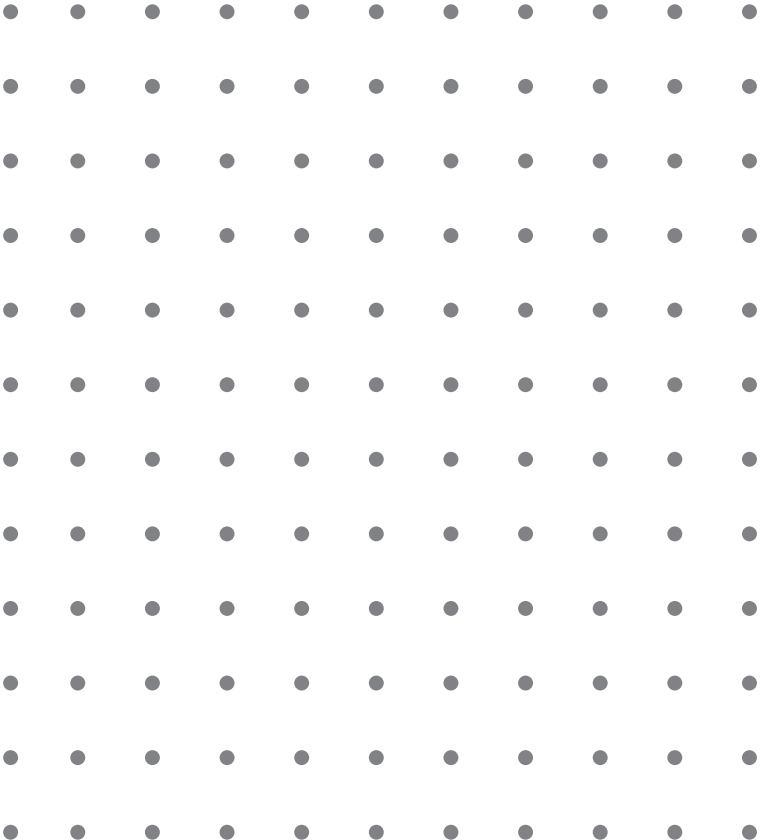
В общем, малыш догнал и даже по многим параметрам перегнал своих сверстников. И всё благодаря аппарату ДЭНАС!

В моей семье 10 аппаратов: у моих родителей, сестёр и братьев, у детей и внуков. Практически у каждого свой аппарат.

Хочу выразить огромную благодарность разработчикам этого необыкновенного аппарата! Это крепкое здоровье на долгие годы для всех членов семьи!

ГЛАВА 2

Клинические случаи применения ДЭНС у взрослых





ДЭНС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Клиническое наблюдение заведующей кабинетом физиотерапии А. А. Бошян, ЛФК ИКиСХ, ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева», РАМН, Москва

Пациентка И. К. 26 лет

Диагноз при поступлении: посттравматическая аневризма перешейка аорты. Состояние после политравмы от 2005 г.

Жалобы на периодические боли, дискомфорт слева от грудины.

Анамнез. В 2005 году в результате ДТП получила удар в грудь передним сидением, тяжелую политравму с переломами костей верхних и нижних конечностей, костей таза. В течение двух месяцев пациентка находилась на костно-скелетном вытяжении, перенесла две операции открытого остеосинтеза костей таза и правого предплечья. Диагноз аневризмы аорты установлен в 2011 году, когда рентгенография органов грудной клетки выявила затеменение в средостении. Компьютерная томография и ангиография выявили аневризму грудной аорты.

После консультации в НЦ ССХ 31.10.2012 г. поступила для хирургического лечения аневризмы аорты.

08.11.2012 г. Операция: резекция аневризмы перешейка аорты с протезированием 18 мм синтетическим эксплантатом «БАСЭК», в условиях искусственного кровообращения. Осложнения: спинальный инсульт от 08.11.12 г. Инфекционных осложнений нет.

Особенности послеоперационного периода: Послеоперационный период осложнился постишемическим спинальным инсультом на уровне поясничного утолщения, развитием нижнего вялого парапареза, нарушением мочеиспускания.

Консультация невролога в отделении реанимации от 9.10.12 г. В неврологическом статусе менингеальных и общемозговых симптомов нет. Больная в ясном сознании, активно вступает в контакт, речевых расстройств нет. Черепно-мозговые нервы (ЧМН) без особенностей. Движения в верхних конечностях в полном объеме, мышечный тонус контракильный. Рефлексы на руках симметричные, средней живости. Выявляется нижний вялый парапарез с сохранностью минимального объема движений в дистальных отделах конечностей (пальцах стопы) и отсутствием движений в проксимальных отделах конечностей (мышцы бедер). Коленные рефлексы угнетены. Ахилловы рефлексы низкие. Патологических стопных знаков нет. Подошвенные рефлексы угнетены с обеих сторон. Периодически возникают миоклонические подергивания в мышцах бедер. Выявляется гипоалгезия по проводниковому типу до уровня паховых складок. Мышечно-суставное чувство в суставах конечностей сохранено. Моча выводится по катетеру (при расспросе пациентка сообщает о сохранности ощущения наполнения мочевого пузыря).

Заключение: клиническая картина острого нарушения спинального кровообращения на уровне поясничного утол-

щения спинного мозга (преимущественно в передних отделах: бассейн передней спинальной артерии) от 8.10.12 г., нижний вялый парапарез.

9.10.12 г., на второй день после операции, в отделении реанимации подключили ДЭНС. Применялись два аппарата ДЭНАС-ПКМ одновременно и выносные электроды-апликаторы.

Методика ДЭНС

1. Программа «Спина» на стопы по методике «сэндвич» двумя аппаратами: на подошвенную и тыльную область стопы фиксировались аппликаторы, экспозиция 15 мин.
2. Зона сегмента поражения спинного мозга обрабатывалась в режиме «Терапия», «77 10», 10 мин., 2–3 раза в день.
3. ПКЗ и ШВЗ чередовались. Остео-ДЭНС программа «Терапия боли», 20 мин.

После перевода в отделение добавлен массаж — 1 раз в день и ЛФК 2–3 раза в день.

Консультация невролога от 14.10.12 г. За 6 дней отмечается нарастание объема активных движений в ногах (есть движения в пальцах обеих стоп, небольшой объем движений в голеностопах, в сгибателях голени, может удерживать согнутые в голенях и поставленные на кровать ноги в течение нескольких секунд, появились минимальные движения в тазобедренных суставах). Отмечается появление чувствительности с тыльной стороны пальцев, нижней половины голени — мозаичное нарушение чувствительности (норма в сочетании с гипо-, гипералгезией). Далее до середины бедер есть некоторая гипералгезия, чуть выше — гипостезия, в области паховой складки чувствительность сохранена. Оторвать ноги от постели не может. ЧМН без особен-

ностей. Объем движений в руках полный. Сухожильные рефлексы с рук живые, с ног — снижены, патологических рефлексов нет. Может сидеть в постели сама без опоры.

Обход заведующего отделением от 21.10.12 г. На фоне лечения наблюдается положительная неврологическая динамика в виде постепенной активизации пациентки, увеличения амплитуды движения в коленных, голеностопных суставах и суставах стопы. Наблюдается увеличение мышечного тонуса нижних конечностей. Самостоятельное мочеиспускание в достаточном объеме с 19.11.12 г. при натуживании передней брюшной стенки. Акт дефекации контролирует полностью. Со стороны хирургического вмешательства по поводу основного вмешательства без особенностей. Планируется выписка пациентки с дальнейшим переводом в неврологическое отделение ОКБ Новгорода для дальнейшего лечения и реабилитации на 22.11.12 г.

Выписана из стационара 22.11.2012 г.

Диагноз при выписке заключительный: посттравматическая аневризма перешейка аорты. Состояние после поли­травмы от 2005 года. Состояние после резекции аневризмы перешейка аорты с протезированием от 08.11.2012 года. Спинальный инсульт на уровне поясничного отдела, нижний вялый парапарез.

Рекомендации при выписке:

- ограничение физических нагрузок;
- продолжить прием: конкор 2,5 мг 2 раза в сутки под контролем АД и ЧСС;
- коррекция терапии осуществляется врачом по месту жительства;
- пациентке необходима реабилитация в стационаре неврологического профиля с проведением нейротропной терапии, лечебной физкультуры, физиотерапии.

Таким образом, процедуры ДЭНС-терапии проводились на протяжении 13 дней с выраженной положительной динамикой, регрессом неврологической симптоматики, почти полным восстановлением двигательной активности. В связи с завершением лечения в хирургическом стационаре пациентка выписана для продолжения реабилитации по месту жительства.



ДЭНС В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОПЕРАЦИЮ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ, С ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Клиническое наблюдение заведующей кабинетом физиотерапии ЛФК ИКиСХ А. А. Бошян, ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева», РАМН, Москва

Физиотерапевтический кабинет в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева (НЦ ССХ) оснащен аппаратами ДЭНАС-Остео, ДЭНАС-ПКМ и выносными электродами ДЭНАС-аппликаторами. Портативность, минимум противопоказаний, удобство и простое проведение процедур позволяют рекомендовать аппараты динамической электронейростимуляции уже в первые дни после оперативного лечения в условиях реанимационного отделения.

Оперативные вмешательства на сердце требуют доступа с вскрытием грудины. Пациенты, перенесшие операции на открытом сердце, в послеоперационном периоде всегда испытывают затруднения в активных дыхательных движениях (самостоятельный вдох — выдох), а необходимость длительное время находиться в положении лежа на спине

создает условия для гиповентиляции легких, что существенно повышает риск развития послеоперационной пневмонии. Таким пациентам мы назначаем процедуры Osteo-ДЭНС, так как аппарат адаптирован для воздействия на шейный отдел позвоночника. Проекция 7-го шейного позвонка соответствует локализации звездчатого узла, иннервирующего бронхолегочную систему, соответственно стимуляция данной зоны облегчает отхождение мокроты сразу после процедуры и при курсовом применении аппарата.

Также у пациентов, находящихся в реанимационном отделении, мы сталкиваемся с развитием полинейропатии, которая возникает после операций с искусственным кровообращением. При этом наблюдается отсутствие либо резкое снижение объемов движений в конечностях при ясном сознании больного. В таких случаях рекомендуется процедура ДЭНАС-Osteo + ДЭНАС-ПКМ с электродами ДЭНАС-аппликатор по методике «сэндвич» на кисти либо на стопы, по 5 минут, на частоте 10 Гц. Реаниматологи и неврологи отмечают положительные результаты от этой схемы: появление активных движений в конечностях иногда уже после первой процедуры.

У пациентов, перенесших оперативные вмешательства на сосудах шеи, могут возникать парестезии, онемение кожи лица и шеи с той стороны, где было оперативное вмешательство. Это осложнение резко снижает качество жизни, затрудняя, например, процесс бритья, либо невозможность оценить вкус и степень нагрева пищи во время еды. У таких пациентов мы также с высоким результатом применяем Osteo-ДЭНС, иногда хватает всего нескольких процедур для восстановления чувствительности в зоне поражения.

Пациент А. 60 лет

Находился на лечении в НЦССХ с 13.05.13 г. по 01.11.13 г.

Диагноз при поступлении: мультифокальный атеросклероз. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Стенокардия напряжения 2ФК. НК2А. Синдром Лериша. Состояние после аортобедренного бифуркационного шунтирования от 2012 года. Хроническая ишемия нижних конечностей 2Б степени. Бикаротидный стеноз: стеноз правой внутренней сонной артерии 60–65%, стеноз левой внутренней сонной артерии 60–65%. Артериальная гипертензия III ст., очень высокий риск ССО. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия.

Жалобы при поступлении: сжимающие боли в грудной клетке, которые локализуются за грудиной; возникают при физической нагрузке 300 м; купируются самостоятельно через 5 мин.; одышка при нагрузке; головные боли.

Анамнез заболевания: артериальная гипертензия около 26 лет, максимально 210/100, привычно 140/90. В 2009 году при выполнении ЭКГ выявлены признаки перенесенного инфаркта миокарда. В течение нескольких лет беспокоит перемежающаяся хромота. С 2012 года беспокоят боли за грудиной. 23.03.12 г. в НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН выполнено аорто-бедренное шунтирование с двух сторон, после чего стал отмечать одышку при умеренной нагрузке. 09.04.13 г. проведена коронарография, которая выявила множественное поражение коронарных артерий. Принимаемые препараты на момент госпитализации: тромбо АСС, оmez, небилет, товокар.

Объективное обследование

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Активность полная. Конституционная особенность — нормостеник. Рост 176 см, вес 97 кг. BSA = 2,2. BMI = 731,17.

Индекс массы тела = 31,31. Строение тела правильное. Развитие подкожной клетчатки повышено. Отёков нет. Окраска кожных покровов обычная. Окраска слизистых обычная. Язык чистый. Лимфатические узлы не увеличены. Тонус мышц удовлетворительный. Грудная клетка правильной формы. ЧДД 14 в мин. Дыхание жесткое, проводится во все отделы. Хрипов нет. Перкуторно ясный легочной звук, аускультативно — везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов сердца нет. ЧСС = 70 уд/мин. АД: на левой руке — 140/90 мм рт. ст. Пульс удовлетворительного наполнения = 70 уд/мин. Пульсация артерий в/к отчетливая. Пульсация артерий нижних конечностей ослаблена в проекции общей бедренной артерии. Аппетит сохранен. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Мочеотделение свободное, безболезненное.

ЭКГ от 29.04.13 г. Ритм синусовый, правильный, ЧСС 64 в мин. Положение ЭОС нормальное. Патологический зубец q в II, III, aVF — рубцовые изменения по нижней стенке левого желудочка. Равнобедренный высокоамплитудный T в V2.

Рентгенография органов грудной клетки от 08.05.2013 г. Признаки эмфиземы и пневмосклероза. Атеросклероз аорты.

ЭхоКГ от 29.04.13 г. Митральный клапан: степень регургитации 1,5+; ЛП 44×52 мм. ЛЖ: КДО 156 мл; КСО 83 мл; УО 71 мл; ФВ 46%; ФУ 37%. Аорта уплотнена, кальцинирована. Аортальный клапан трехстворчатый, краевое уплотнение створок, кальциноз до 1,5+. Пиковый градиент давления: 28 мм рт. ст. ПП 42×54 мм. Расчетное систолическое давление в ПЖ 39 мм рт. ст. ЛА не расширена. Клапан ЛА без особенностей. Диффузная гипокинезия заднебоковой стенки ЛЖ.

УЗДС нижних конечностей от 13.05.13. Состояние после АББШ — протез проходим. Окклюзия обеих ПБА от устья, стеноз ГБА справа — 40%, слева — 50%. Стеноз обеих ПКА до 60%. Допплерограмма кровотока по артериям голени коллатерального типа.

УЗИ внутренних органов от 16.07.13. УЗ-признаки диффузных изменений паренхимы печени, селезенки. Дискинезия ЖВП (сладж желчи). Свободной жидкости в брюшной полости и забрюшинном пространстве не выявлено.

ФГДС от 08.05.13. Хронический эрозивный гастрит, вне обострения. Рубцовая деформация луковицы ДПК.

17.05.13 г. Операция: маммарокоронарное шунтирование ПМЖВ; аортокоронарное шунтирование ЗМЖВ ПКА и ВТК, в условиях искусственного кровообращения, гипотермии и ФХКП.

Осложнения послеоперационного периода: дыхательная недостаточность; полиорганная недостаточность. Инфекционные осложнения: инфекция верхних дыхательных путей; пневмония; поверхностная раневая инфекция; глубокая раневая инфекция; бактериемия; гнойный медиастинит; сепсис. Заживление раны: вторичным натяжением

06.06.13 г. Операция: остеосинтез грудины.

16.07.13 г. Операция: гастростомия по Кадеру.

Пациент находился в реанимации 69 суток.

Консультация ЛОР от 15.07.13 г.: постинтубационный парез гортани, нарушение разделительной функции, эрозивный трахеит, трахеостома, невозможность самостоятельного приема пищи. Рекомендовано: 1) гастростомия, 2) электрофорез на область гортани с прозеринном, 3) нейромультивит, 4) прозерин, 5) актовегин.

С 15.07.13–26.07.13 проведен курс ДЭНС-терапии: ДЭНАС-Остео на область 7ШП, 20 мин. один раз в день (кроме выходных), № 10.

Далее процедуры не проводились, т.к. сотрудники отделения были в отпуске.

С 02.08 пациент на самостоятельном дыхании через трахеостомическую трубку.

08.08.13 г. переведен в профильное отделение, питание энтеральное через гастростому+ per os.

15.08.13 г. удалена трахеостома, пациент сразу заговорил, функция глотания также была восстановлена сразу.

02.09.13. Состояние пациента тяжелое, выраженная астенизация, гидростатические отеки нижних и в меньшей степени верхних конечностей. Пациент сидит, склонившись вперед с опорой на руки, дыхание затруднено (по причине сердечной и дыхательной недостаточности), резко снижен кашлевой рефлекс (в связи с астенизацией), подъем с кровати осуществляется при помощи инструктора-методиста по ЛФК, продолжительность нахождения в вертикальном состоянии составляет 1–2 минуты с опорой на инструктора.

Начаты реабилитационные мероприятия по скорейшему восстановлению физических сил. Ежедневно проводились сеансы лимфодренажного массажа нижних конечностей, эластичное бинтование нижних конечностей после массажа, процедуры лечебной гимнастики, дыхательной гимнастики, а также ДЭНС-терапия.

1. ДЭНАС-Остео на область 7ШП.
2. ДЭНАС-ПКМ в программе «Спина»: по системам соответствия на кистях и стопах при помощи двух аппликаторов (рабочее название методики «сэндвич») с добавлением

по завершении программы режима «Терапия», 10 Гц, по 5 мин. на конечность.

3. Зона печени и зона почек: режим «Терапия», 77 Гц, затем 10 Гц, по 5 мин., 2 раза за курс (в виду сложности доступа из-за повязки по поводу гастростомы).

Процедуры проводились ежедневно, исключая выходные дни. Курс составил 14 процедур.

Во время и после процедур пациент отмечал облегчение отхождения мокроты, появление кашлевого рефлекса.

Через неделю пациент начал передвигаться по палате, а 16.09.13 г. самостоятельно, без помощи, ходил по коридору отделения. Отеки на ногах также стали уменьшаться через несколько процедур, и через две недели врачи отметили их отсутствие.

После завершения курса ДЭНС-терапии, массажа и ЛФК под наблюдением наших сотрудников пациент проводил самостоятельные занятия до полного восстановления работоспособности.

Необходимо отметить высокую степень ответственности самого пациента и его близких, помогавших ему выполнять наши рекомендации, а также сильную волю и выраженную мотивацию восстановиться и вернуться к рабочему состоянию. Даже на ИВЛ в отделении реанимации он старался по мере сил и нахождения в ясном сознании самостоятельно проводить процедуры ЛФК в доступном для него объеме, пытаясь вернуть атрофированным мышцам силу.

Диагноз заключительный при выписке: мультифокальный атеросклероз. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Состояние после операции маммарокоронарного шунтирования передней межжелудочковой ветви, аутовенозного аортокоронарного шунтирования задней межжелудоч-

ковой ветви от правой коронарной артерии и ветви тупого края от 17.05.13 г. в условиях ИК, гипотермии и ФХКП. НК2А. Двусторонняя субтотальная бронхопневмония. Дыхательная недостаточность. Искусственная вентиляция легких. Состояние после остеосинтеза грудины от 06.06.13 г. Состояние после постановки трахеостомы от 22.06.13 г. Состояние после гастростомии по Кадеру от 16.07.13 г. Энцефалопатия сложного генеза. Синдром Лериша. Состояние после аортобедренного бифуркационного шунтирования от 23.03.12 г. Хроническая ишемия нижних конечностей 2 Б степени. Бикаротидный стеноз: стеноз правой внутренней сонной артерии 60–65%, стеноз левой внутренней сонной артерии 60–65%. Артериальная гипертензия III ст., очень высокий риск ССО. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия. Недостаточность кровообращения 2А. Функциональный класс 2.

Включение ДЭНС в реабилитационные мероприятия в июле и в сентябре дало очевидный эффект и сократило срок лечения осложнений.



Рис. 1. Методика «сэндвич»



СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ КОРРЕКЦИИ ГРУБЫХ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

*Клиническое наблюдение фельдшера-массажиста
Ю. А. Замотаева, невролога Л. В. Несмеловой, Краснокамск,
Пермский край*

Пациентка В. 1947 г. р.

Диагноз: цереброваскулярная болезнь. Дисциркуляторная энцефалопатия I ст. с рассеянной микроочаговой симптоматикой. Последствия родовой травмы: умеренно выраженный спастический гемипарез слева, выраженные речевые нарушения.

Сопутствующий диагноз: нейросенсорная тугоухость II ст. Нейродермит.

Жалобы на нарушение речи, снижение слуха, подавленное настроение и раздражительность, головные боли, кожный зуд.

Анамнез заболевания. С детства основные жалобы были связаны с грубыми нарушениями речи, затрудняющими общение с окружающими. В 7 лет пошла в школу и общалась с людьми только по записям на листочках. Лечения никакого не принимала. Окончила 8 классов, курсы бухгалтеров, но из-за выраженного нарушения речи не смогла работать по профессии, в настоящее время работает санитаркой в аптеке. Вторая группа инвалидности с 1968 г.

Неврологический статус. Дизартрия, дисфония. Парез 7-й и 12-й пар черепномозговых нервов слева. Глотание не на-

рушено, небный рефлекс снижен. Симптомы орального автоматизма положительные. Сухожильные рефлексы высокие $S > D$. Патологические знаки стопные и кистевые. Тонус повышен больше с ног. Чувствительность в норме. Координационные пробы выполняет неуверенно.

ДЭНС-терапия начата в мае 2015 года (ДЭНАС-ПКМ 4-го поколения). В комплексе с ДЭНС проводились курсы логопедического массажа и классического массажа головы, лица и шейно-воротниковой зоны.

Методика ДЭНС

1. Речевые зоны: режим «Терапия», 20 Гц, по 1 мин. на точку, и на зону языка — 2 мин., 77 Гц, УМ-1.
2. ШК: режим «Терапия», 20 Гц, 3 раза, переставляя, УМ-2, 5 мин.
3. ШВЗ и 7 ШП: режим «Терапия», 77 Гц, УМ-2, по 5 мин.
4. Тройничная зона: режим «Терапия», 20 Гц, по 2 мин. на точку, УМ-1.
5. Зона кистей: режим «Терапия», 20 Гц, УМ-2, 10 мин.
6. Пораженные участки кожи: режим «Терапия», 77 Гц; 1,7 Гц; УМ-2, 10–15 мин.
7. Зона печени и кишечника: режим «Терапия», 77 Гц, УМ-2 по 10–15 мин.
8. БАТ хэ-гу, цзю-сан-ли, зона надпочечников: режим «Терапия», 77 Гц, УМ-2, зоны чередовались, по 5 мин.
9. Околоушная зона: режим «Терапия», 77 Гц; 9,2 Гц; и зона соответствия ушей по Су Джок, 5 мин.

На одной процедуре обрабатывались 3 зоны. Проведено 3 курса по 20 дней с интервалом 2 недели. После 3-го курса

появилась более внятная (!) речь, можно четко определить сказанные слова, улучшилось состояние кожи. Отметила значительное улучшение психоэмоционального состояния, появилась уверенность в себе. Пациентка продолжила самостоятельно применять дома аппарат ДЭНАС-ПКМ (шейное кольцо, зона языка, губ, тройничная зона, зона кистей, 7ШП, волосистая часть головы электродом «расческа»).

За 6 месяцев проведено 5 курсов ДЭНС-терапии и логопедического массажа. Пациентка стала хорошо общаться с людьми, стала увереннее, жизнерадостнее, речь стала понятной, восстановился слух, очистилась кожа, появился интерес к жизни.

Со слов пациентки: «После 1-го курса лечения мое самочувствие значительно лучше, я стала выговаривать некоторые фразы. После второго курса улучшился слух, появилась внятная речь. Сейчас я чувствую себя хорошо, стала более понятная речь — люди понимают меня...»

В декабре 2015 года женщина осмотрена врачом-консультантом Пермского регионального ДЭНАС-центра, неврологом Несмеловой Людмилой Викторовной. Положительная динамика подтверждается.

Вывод. Полученные результаты в очередной раз подтверждают эффективность ДЭНС в улучшении качества жизни, сохранении трудоспособности, несмотря на большой стаж заболевания — 68 лет.



ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ТЯЖЕЛОЙ АСТЕНИЕЙ НА ФОНЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Клиническое наблюдение врача акушера-гинеколога
Г. Н. Коченовой, ст. Геймановская, Краснодарский край*

Женщина А., 1956 г.р.

Жалобы: на периодическое повышение АД, головные боли, приливы жара, потливость, нарушение сна, раздражительность.

Больной себя считает около 13 лет — с наступлением менопаузы, когда появились вышеописанные жалобы и усталовлен **диагноз:** климактерический синдром. Проведена терапия: диета, седативные препараты, ЛФК с незначительным улучшением.

Ухудшение с осени 2014 г. Нарастала слабость, ухудшалось психоэмоциональное состояние (со слов женщины: «появилась дрожь внутри, безразличие к окружающему миру»). Постепенно перестала заниматься домашним хозяйством, перестала готовить пищу, снизился аппетит, начала терять вес.

В октябре 2014 года и январе 2015 года — стационарное лечение с диагнозом: хронический холецистопанкреатит в ст. обострения, эрозивный гастрит, эрозивный бульбит в ст. обострения. Астеноневротический синдром.

После госпитализации пищеварительные жалобы купированы, но сохранялась тяжелая астения, снизился вес. Поте-

ря веса с октября 2014 года по март 2015 года составила 25 кг. У женщины сформировалась канцерофобия. Проведенное лабораторное и инструментальное исследование в январе — феврале 2015 года не выявило грубой органической патологии.

ОАК, ОАМ, биохимия: в пределах нормы.

УЗИ брюшной полости и почек: признаки диффузных изменений поджелудочной железы.

ФГДС: недостаточность кардии, эзофагит, поверхностный гастрит, хронический бульбит.

УЗИ малого таза: УЗ-признаки небольших размеров миомы матки.

Ректороманоскопия: хронический внутренний геморрой.

УЗИ щитовидной железы: узловой зоб I.

С 05.03.15 г. по 13.03.15 г. очередное стационарное лечение, на этот раз с диагнозом: гипертоническая болезнь II ст. 2 с. Узловой зоб 1 ст., эутиреоз. Проведено лечение: седативные, спазмолитики, В-блокаторы, диуретики. Выписана с временным улучшением, рекомендовано: амитриптилин 1/2 таб. 3 раза в день, пирапамид 1 таб. утром, наблюдение участкового терапевта.

Со слов близких, женщина перестала общаться с окружающими, выполнять простейшую домашнюю работу.

16.03. 2015 г. Муж привел свою супругу к нам в ДЭНАС-центр.

После беседы и ознакомления с медицинской картой проведена аурикулярная диагностика «Биорепер». Выявлены значительные отклонения в зонах нервной системы и соматических зонах.

Женщину познакомили с аппаратом, его воздействием на организм человека, но она категорически отказалась от лечения: «меня лечили капельницами, серьезными дозировками препаратами в разных больницах и не помогли, а ваши точки на ушах и всякие зоны — это бред и чепуха!»

Однако 21 марта 2015 года женщина повторно пришла к нам и приобрела аппарат, получила подробные рекомендации по лечению.

Первый курс ДЭНС составил три недели. Воздействие проводилось в общих зонах, регулирующих работу ЦНС (тройничная, паравертебральные зоны, кисти, стопы). Дополнительно работали по жалобам в зонах микросоответствия Су Джок, АТ 51, 55, 34, 82. Лечение проводилось на дому с участием мужа и под контролем ДЭНС-терапевта.

В течение первой недели значительных улучшений не отмечалось, но общение с больной и ее общение с окружающими заметно улучшилось. Женщина стала активно участвовать в процессе лечения, более четко определять жалобы. Со второй недели вернулось чувство юмора, увеличилась продолжительность ночного сна, состояние дрожи уменьшилось. Активно общается с окружающими, в течение дня занимается домашним и приусадебным хозяйством, приготовлением пищи (семья живет в частном доме в небольшом населенном пункте).

После первого курса лечения на фоне возросшей активности сохранялась слабость, плохой аппетит, незначительная дрожь в теле. В течение последующих двух недель отрабатывались общие зоны через день или зоны «по жалобам».

С началом второго трехнедельного курса состояние пациентки стало прогрессивно улучшаться: сон и аппетит улучшились, дрожь в теле прошла, прибавила в весе 5 кг.

Следующий перерыв при хорошем общем состоянии составил 1 месяц.

Третий курс ДЭНС включал воздействие в универсальных зонах, Су Джок.

15 октября 2015 года консультация ДЭНС-терапевта. Жалоб активно нет. Считает себя здоровой, настроение отличное (вспоминает начало лечения...), вес набрала прежний (80 кг). Женщина очень довольна качеством лечения. Рекомендовано профилактическое лечение 3–4 раза в год по схеме третьего курса. При необходимости — консультация ДЭНС-терапевта.

Выводы

1. Ведение тяжелого психосоматического пациента требует более внимательного и длительного лечения. Терпеливы должны быть и врач, и пациент.
2. Динамическая электронейростимуляция — единственная помогла прервать порочный круг многочисленных соматических жалоб на фоне тяжелой астении.



ВЛИЯНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ НА РАЗВИТИЕ ГИБКОСТИ ПОЗВОНОЧНИКА

*Клинические наблюдения бакалавра в области динамической
электронейростимуляции, психолога С. В. Исрафилова, Центр
высшего спортивного мастерства (ЦВСМ), спортклуб
«Нефтехимик», Нижнекамск, Республика Татарстан*

По данным некоторых экспертов ВОЗ, здоровье человека на 20% зависит от условий окружающей среды, на 10% — от уровня медицинской помощи, на 20% обуславливается наследственной предрасположенностью к болезням и на 50% зависит от образа жизни человека. То есть более половины факторов, влияющих на состояние здоровья человека, являются управляемыми.

В спорте ДЭНАС применяется в основном для лечения травм и некоторых острых заболеваний, для реабилитации спортсменов. Мы поставили перед собой задачу оценить возможности ДЭНС-терапии для совершенствования физических качеств человека, в частности — гибкости позвоночника.

Гибкость — способность человека выполнять упражнения с большой амплитудой. Также гибкость — абсолютный диапазон движения в суставе или ряде суставов, который достигается в мгновенном усилии.

Цель исследования — изучение влияния ДЭНС на развитие гибкости позвоночника спортсменов-мужчин. В первую очередь нас интересовали относительно здоровые люди без структурных заболеваний позвоночника и суставов.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 20 мужчин, занимающихся в секции спортивной борьбы. Сформированы две группы: экспериментальная группа А и контрольная группа Б, по 10 человек в каждой.

Основным критерием оценки гибкости является наибольшая амплитуда движений, которая может быть достигнута испытуемым. Амплитуду движений измеряют в угловых градусах или в линейных мерах, используя аппаратуру или педагогические тесты.

В качестве методов исследования были выбраны педагогические тесты измерения подвижности позвоночного столба. Это наклон туловища вперед, не сгибая коленей, и борцовский мост. Борцовский мост был выбран по просьбе тренеров по борьбе, так как в спортивной борьбе он имеет большое значение.

Наклон туловища вперед. Испытуемый в положении стоя на скамейке наклоняется вперед до предела, не сгибая ног в коленях. Гибкость позвоночника оценивают по расстоянию в сантиметрах от нулевой отметки до третьего пальца руки. Если пальцы не достают до нулевой отметки, то измеренное расстояние обозначается знаком минус, а если опускаются ниже нулевой отметки — знаком плюс.

Борцовский мост — положение, в котором борец, прогнувшись, упирается в ковер лбом и расставленными на ширине плеч ступнями. Результат измеряется от пяток до головы испытуемого (в см). Чем меньше расстояние, тем выше уровень гибкости, и наоборот.



Рисунок 1. Борцовский мост



Рисунок 2. Измерение подвижности позвоночного столба

Динамическая электронейростимуляция выполнялась аппаратами ДЭНАС-ПКМ с применением ДЭНАС-аппликаторов и выносных терапевтических электродов. Процедуры ДЭНС-терапии проводились три раза в неделю в течение двух недель на тренировке. Если у спортсменов были травмы или симптомы других заболеваний, то проводился дополнительный сеанс ДЭНС по жалобе.

Для развития гибкости позвоночника мы применяли универсальную суставную гимнастику А.А. Толстоносова — спортивно-оздоровительный комплекс упражнений на основе мышечно-энергетической техники в сочетании с корпоральной и аурикулярной ДЭНС.

Методика ДЭНС

ПКЗ — режим «Терапия; 9,6 Гц; грудной отдел позвоночника — 77 Гц, ШВЗ — 77 Гц, по 5 минут на каждой зоне.

Дополнительно к зональному воздействию выполняли ДЭНС-пунктуру корпоральных и аурикулярных биологически активных точек в двух вариантах.

Вариант 1: АТ55 шень-мэнь (точка ЦНС и наркоза при операциях), АТ82 (диафрагма, «нулевая точка» по Ножье), АТ40 яо-чжуй (поясничный отдел позвоночника), V16 ду-шу («точка согласия»), V23 шень-шу («точка согласия почек»).

Вариант 2: АТ13 шень-шан-сянь (надпочечник), АТ37, цзин-чжуй, (шейный отдел позвоночника), АТ39 сюн-чжуй (грудной отдел позвоночника), АТ50 кунь-гуань-цзе, (тазобедренный сустав).

Варианты чередовались. Время воздействия на БАТ — 2 минуты в режиме «7710». Суммарное время воздействия — 25 минут.

Исследование проводилось в три этапа.

1-й этап — исследование гибкости перед началом эксперимента, измерения в обеих группах.

2-й этап — воздействие ДЭНС на корпускулярные и аурикулярные биологические активные точки, на зоны соответствия в группе А перед выполнением упражнений на гибкость. В группе Б воздействие ДЭНС не проводилось.

3-й этап — измерения в обеих группах и статистическая обработка результатов.

Результаты и разность измерений гибкости позвоночного столба до и после эксперимента представлены в таблицах № 1, 2.

Таблица 1

Результаты измерений подвижности
позвоночного столба в группе А

№ п/п	Ф. И.	Возраст, лет	Наклон вперед			Борцовский мост		
			Изм. l_1 , рез-т (см)	Изм. l_2 , рез-т (см)	Разность (см), $\Delta = l_1 - l_2 $	Изм. l_1 , рез-т (см)	Изм. l_2 , рез-т (см)	Разность (см), $\Delta = l_1 - l_2 $
1	Х. И.	36	-22	+4,5	26,5	72	50,5	21,5
2	Ф. Р.	33	+6	+17,5	11,5	50	39	11
3	Ш. А.	51	-0,5	+11,5	12	66	52	14
4	И. А.	24	+1	+15	16	69	53	16
5	Ч. В.	31	-2,5	+15,3	17,8	61	44	17
6	М. А.	33	-15	+12,9	27,9	70	55	15
7	М. В.	29	-11	+8,6	19,6	75	53	22
8	С. Р.	42	-5	+17,6	22,6	73	53	20
9	А. Е.	29	-12,2	+8	20,2	55	40	15
10	Я. А.	25	-6,6	+14,1	20,7	61,5	42	19,5

Таблица 2

Результаты измерений подвижности
позвоночного столба в группе Б

№ п/п	Ф. И.	Воз- раст, лет	Наклон вперед			Борцовский мост		
			Изм. l_1 , рез-т (см)	Изм. l_2 , рез-т (см)	Раз- ность (см), $\Delta =$ $ l_1 - l_2 $	Изм. l_1 , рез-т (см)	Изм. l_2 , рез-т (см)	Раз- ность (см), $\Delta =$ $ l_1 - l_2 $
11	С. М.	27	-11	-5,5	5,5	60	49,5	10,5
12	Н. Е.	44	-3	+5	8	63	54,5	8,5
13	Ш. Р.	54	-8,5	-4,5	4	75	67,5	7,5
14	Л. А.	25	-6	+4	10	71	62	9
15	А. М.	22	0	+9,5	9,5	55	48	7
16	С. Р.	26	-7	+0,5	6,5	63	53,5	9,5
17	С. Л.	27	-10	+1	11	68	60	8
18	С. Л.	20	-6	+3	9	64	54	10
19	Ш. А.	51	-5	+2	7	67	57,5	9
20	Р. Г.	39	-5,5	+4	9,5	58	52	6

Для статистической обработки результатов исследования был применен U-критерий Манна — Уитни — статистический критерий, используемый для оценки различий между двумя независимыми малыми выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно.

По результатам статистической обработки результатов исследования нами было доказано, что экспериментальная группа А превосходит контрольную группу Б по результатам развития гибкости позвоночного столба как в наклоне вперед, так и в упражнении «борцовский мост».

Выводы

На основе результатов математической статистики можно сделать вывод, что действие ДЭНС на биологически актив-

ные зоны и биологически активные точки помогает увеличить гибкость и подвижность позвоночного столба.

ДЭНС-терапию можно рекомендовать тренерам, педагогам, медработникам, работающим со спортсменами, для применения в подготовке спортсменов в легкой и тяжелой атлетике, единоборствах, гимнастике, различных системах физического воспитания. В частности, для развития гибкости.

ДЭНС не является панацеей, но с ее помощью можно значительно улучшить качество жизни не только больных, но и здоровых людей, избавляя от различных заболеваний и совершенствуя человека как *Homo sapiens*, для чего и предназначен спорт. Как писал академик Н.М. Амосов, «ни одна хроническая болезнь, кроме заболеваний сердца, не служит запретом для физкультуры, только нужно соблюдать осторожность и постепенность».

С помощью ДЭНС можно не только лечить, но и улучшать физические качества человека, в частности гибкость позвоночника, что мы и попытались доказать в нашем исследовании.

Литература

1. Амосов Н. М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. М., Донецк: АСТ, Сталкер, 2004. 592 с.
2. Дорохов Р.Н., Губа В.П. Спортивная морфология. М.: Спорт-академпресс, 2002. 236 с.
3. Очерки методов восточной рефлексотерапии/Гаваа Лувсан. 3-е изд., перераб. и доп. Новосибирск: Наука. Сиб. отд., 1991. 432 с.
4. Табеева Д. М. Руководство по рефлексотерапии. М.: Медицина, 1980. 560 с.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТОВ ДЭНАС В УСЛОВИЯХ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*Клинические наблюдения врача-физиотерапевта
Н. В. Дьячковой, НУЗ «Узловая поликлиника на станции
Рубцовск ОАО РЖД», Рубцовск, Алтайский край*

Физиотерапевтическое отделение нашей поликлиники проводит лечение пациентов дневного стационара и амбулаторных пациентов. С 2009 года в отделении работает кабинет ДЭНС-терапии, который оснащен аппаратами: ДЭНАС-Вертебра, ДЭНАС-ПКМ, ДЭНАС-Кардио, ДЭНАС-Остео, ВидЭНС. За этот период пролечено более 300 человек.

Таблица 1

Структура получивших ДЭНС-терапию пациентов

№ п/п	Заболевание	Кол-во пролеченных
1	Ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь	140
2	Заболевания суставов (остеоартроз, ревматоидный артрит)	80
3	Остеохондроз с корешковым синдромом	120
4	Заболевания глаз (глаукома, катаракта, спазм аккомодации)	40
5	Заболевания периферической нервной системы (невралгия тройничного нерва, диабетическая нейропатия)	20

Приведу несколько клинических примеров успешного применения ДЭНС.

Ребенок 7 лет

Общее недоразвитие речи. Синдром дефицита внимания, гиперактивность.

Ребенок от 1-й беременности, кесарево сечение, до трех лет не разговаривал. В настоящее время имеет место общее недоразвитие речи: низкий словарный запас, нарушение произношения мягких и твердых звуков. С ребенком постоянно занимался логопед, но коррекция не принесла ожидаемого результата.

Методика ДЭНС

1. Круговая мышца рта: режим «Терапия», 77 Гц, до 4 мин.
2. Зона языка: режим «Терапия», 77 Гц, 1 мин.
3. Су Джок (подушечки больших пальцев): режим «Терапия», 77 Гц, 2 мин.
4. Подчелюстная область: режим «Терапия», 60 Гц, 1 мин.
5. ШВЗ: режим «Терапия», «7710», 5–10 мин.
6. Зона точек согласия: режим «Тест» с обработкой триггерных зон: режим «Терапия», 77 Гц, по 1 мин.
7. Зона печени и кишечника обрабатывалась каждый 3-й день: режим «Терапия», 60 Гц, по 3–5 минут.
8. Речевая зона Вернике (левая височная область): режим «Терапия», 10 Гц, 77 Гц, через день, по 2 мин.
9. БАТ хэ-гу: программа МЭД.

На одной процедуре обрабатывались 3 зоны. Процедуры проводились с применением минимального уровня мощности.

К концу 10-дневного курса лечения родители и логопед отметили, что ребенок стал общительным, начал контактиро-

вать со сверстниками, стал выговаривать буквы Р и Л, отмечено улучшение памяти, концентрации внимания, нормализовался сон, уменьшилась возбудимость.

Пациентка 65 лет

Диагноз: сахарный диабет II типа, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, диабетическая ангиопатия, диабетическая стопа.

У женщины ампутирован 1-й палец правой стопы по поводу гангрены в 2014 году. Больная наблюдается у хирурга, получает сосудистую терапию. Несмотря на проводимую медикаментозную терапию, сохраняются жалобы.

Жалобы: боль в стопе и икроножных мышцах, усиливающаяся при ходьбе, отечность правой стопы.

St. localis: стопа справа синюшно-багровая, местная температура снижена, пульс не определяется.

Методика ДЭНС

1. Зона стоп (с помощью ДЭНАС-Рефлексо) — 140, 77, 10 Гц, по 5 мин. на каждой частоте при минимальной мощности (6–7 у. е.) ежедневно.
2. ПКЗ — 77 Гц при комфортной мощности, 10 мин.
3. Зона печени и почек 1 раз в 3 дня — 77 Гц по 5 мин.
4. Зона соответствия нижних конечностей по Су Джок — 7710, 77 Гц по 2–3 мин.

На 4-й день боли в ноге уменьшились. Женщина стала ходить по дому. К концу 14-ти дневного курса лечения кожа стопы физиологической окраски, нормальной температуры, болевой синдром купирован.

В настоящее время пациентка приобрела ПКМ-4, комплект аппликаторов, ДЭНАС-Рефлексо. Самостоятельно проводит курсами лечение, отмечает положительную динамику в своем самочувствии в общем и уменьшение отека, купирование боли в пораженной конечности.

Пациентка 56 лет

Диагноз. Основной: остеохондроз шейного и поясничного отдела позвоночника. Сопутствующий: гемангиома печени.

Жалобы: тяжесть в шейном отделе, нарушение сна, снижение работоспособности. Ухудшение связывает с психоэмоциональным напряжением.

В анамнезе: гемангиома печени определяется при УЗИ в течение 5 лет.

ОАК, ОАМ флюорография органов грудной клетки без патологии.

R-грамма Ш/О и П/О позвоночника: остеохондроз.

УЗИ брюшной полости (до лечения). Печень не выступает из-под края реберной дуги, не увеличена в размерах. Контуры четкие, ровные. Эхоструктура неоднородна за счет образования. Эхогенность не изменена. В S-7 лоцируется неоднородное образование умеренно повышенной эхогенности с четкими контурами, размером 31×39 мм, при ЦДК без кровотока. При ЦДК сосудистый рисунок печени не изменен. Холедох не расширен, просвет его свободен. Воротная вена без особенностей. Желчный пузырь деформирован в области дна. Стенки ровные, не утолщены. Эхогенность не изменена. Полость анэхогенная.

Поджелудочная железа обычных размеров. Контуры четкие, ровные. Эхоструктура неоднородна за счет коротких

линейных гиперэхогенных сигналов. Эхогенность не изменена. Селезенка в норме.

Заключение: образование S-7 печени (УЗИ — признаки гемангиомы). Деформация желчного пузыря.

С целью антистрессового и общерегуляторного эффекта рекомендован курс ДЭНС. Цель лечения гемангиомы печени мы не ставили.

Методика ДЭНС

ДЭНАС-Вертебра (программа А) ежедневно, курс 14 дней с целью общерегуляторного эффекта. После проведенного курса лечения общее самочувствие улучшилось, повысилась работоспособность, нормализовался сон.

После курсового лечения женщина отмечает улучшение общего самочувствия, нормализацию сна.

Через месяц после лечения на плановом медицинском осмотре было проведено УЗИ брюшной полости.

УЗИ (в динамике через 1 мес. после курса ДЭНС). Печень не выступает из-под края реберной дуги. Контуры четкие ровные. Эхоструктура паренхимы в целом однородная. Эхогенность паренхимы повышена (с наличием участков неравномерно повышенной эхогенности, без четких контуров). Сосудистый рисунок сохранен. Воротная вена: не расширена, проходима. Печеночные вены: не изменены. Внутривенные желчевыводящие протоки не расширены. Хоledох не расширен. Желчный пузырь: умеренно деформирован в области тела. Стенка не утолщена, эхогенность стенки не изменена, полость анэхогенна, однородна. Селезенка в норме.

Заключение: Утолщение стенок желудка и 12-перстной кишки. Умеренные диффузнонеоднородные изменения структуры печени. Умеренная деформация желчного пузыря.

Пациентка 42 лет

Диагноз: дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

Жалобы: на боли в области височно-нижнечелюстного сустава слева, ограничение подвижности, «суставной шум» (щелканье, хруст в суставе при движении).

Боль беспокоит в течение трех недель. Получала медикаментозную терапию, физиотерапевтические процедуры (СМТ-форез с новокаином, магнитотерапию). Боль на несколько часов стихала, но затем вновь беспокоила. Рекомендован курс ДЭНС.

Методика ДЭНС

1. ППЖ (область сустава): режим «Терапия», 140 Гц, лабильно-стабильным способом, 10 мин.; «7710», 5 мин.
2. Симметричный сустав — несколько установок в режиме «Тест», 5 мин.
3. Зона соответствия сустава по Су Джок: режим «Терапия», 77 Гц, 5 мин.
4. ШВЗ: режим «Терапия», «7710», 10 мин.
5. Зона печени обрабатывалась каждый 3-й день: режим «Терапия», 60 Гц, 5 мин.

Процедуры проводились при комфортном уровне мощности. Курс 14 дней.

На второй день боль практически исчезла, сохранялось только ощущение неловкости в суставе при жевании. По окончании курса лечения боль и неприятные ощущения купированы полностью. Из незапланированных лечебных эффектов женщина отмечает улучшение зрения.

Выводы

Аппараты «ДЭНАС» адаптированы для применения в условиях физиотерапевтического кабинета. Процедуры нетрудозатратны благодаря автоматизированным программам и выносным токопроводящим электродам.

Нередко применение ДЭНС приводит к положительному лечебному эффекту уже после нескольких процедур. Однако более стойкий эффект и достоверная положительная динамика отмечается при курсовом лечении.

Эффект лечения напрямую зависит от частоты, мощности, области воздействия, времени сеанса. Важен творческий подход. Максимальный эффект достигается, если лечить не по шаблону, а с учетом течения заболевания у каждого пациента и ответной реакцией организма на проведенное лечение.

Полученные результаты позволяют рекомендовать ДЭНС-терапию у больных сахарным диабетом для лечения и профилактики сосудистых осложнений. Применение ДЭНС-терапии позволяет повысить качество жизни, снизить фармакологическую нагрузку на больных.

Считаю необходимым продолжить свои исследования по применению ДЭНС.



АНАЛИЗ ДАННЫХ ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В УСЛОВИЯХ СПОРТИВНО- ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА

*Клинические наблюдения врача-терапевта высшей категории
В. П. Хвостовой, с. Калманка, Калманский район, Алтайский
край*

Спортивно-оздоровительный центр открыт в 2014 году. В 2015 году процедуры ДЭНС получили 125 человек (чуть больше, чем в прошлом году).

Таблица 1

Структура пациентов, получивших
ДЭНС-терапию в 2015 году

№ п/п	Заболевания	Кол-во пациентов
1	Заболевания позвоночника (остеохондроз с протрузиями и грыжами дисков, сколиоз)	53
2	Заболевания верхних и нижних дыхательных путей	16
3	Заболевания суставов (артрозо-артриты, подагра)	16
4	Травмы, в т. ч. раны	7
5	Цереброваскулярные болезни	5
6	Заболевания периферической нервной системы	4
7	Речевые нарушения	3

8	Депрессия	7
9	Прочие болезни (гайморит, варикозная болезнь, пяточная шпора и др.)	14

Лица, не закончившие курс лечения, в отчет не включены.

В качестве клинического примера хочу привести два случая, когда стандартное лечение не дало результата.

Пациентка Г., 30 лет

Пациентка обратилась с жалобами на асимметрию лица, слезотечение из правого глаза, постоянную ноющую боль в правой половине лица. Заболела остро после ОРВИ две недели назад. Обратилась к неврологу краевой поликлиники.

Диагноз: неврит лицевого нерва справа.

Назначено стационарное лечение, которое не дало положительного результата; асимметрия лица увеличилась, не стал закрываться правый глаз. При повторной консультации невролог сказал, что лечение будет длительным, 6–8 месяцев, и не исключены остаточные явления в виде асимметрии лица.

Пациентка обратилась ко мне за помощью. При осмотре: сглажена правая носогубная складка, веки правого глаза не смыкаются, течет слеза. При пальпации лица резкая болезненность около правого уха и над правой бровью.

Методика ДЭНС

1-й день: тригеминальная зона — режим «Тест» с обработкой латентной триггерной зоны (ЛТЗ).

2-й день:

— косметические линии справа в режиме «Терапия», 77 Гц

- в течение 5 мин., затем 7,5 Гц в течение 5 мин., при минимальной мощности. Слева (принцип парных зон) проведено воздействие в режиме «Тест»;
- по ходу роста волос от сосцевидного отростка с помощью выносного массажного электрода — режим «Терапия», 20 Гц, 10 мин. при УМ-2;
 - область 7 ШП с помощью ДЭНАС-аппликатора — режим «Терапия», «7710», 10 мин., УМ-2;
 - область печени — режим «Терапия», 20 Гц, 5 мин.;
 - АТ 11, 34, 95, по 2 мин., слева и справа.

3-й день:

- косметические линии справа — режим «Терапия», 77 Гц, 10 мин., затем 20 Гц, 5 мин. Слева (принцип парных зон) проведено воздействие в режиме «Тест»;
- параорбитальная зона с помощью электрода ДЭНАС-очки — режим «Терапия», 20 Гц при УМ-1, 5 мин.;
- ДЭНАС-Остео — программа релаксации при УМ-2;
- АТ 11, 33, 121 по 2 мин., слева и справа.

После третьего дня пациентка отметила четкое улучшение: купировалась боль в правой половине лица, прекратилось слезотечение.

4-й день:

- Су Джок проекция головы — режим «Терапия», 77 Гц, 5 мин.;
- область 7 ШП с помощью ДЭНАС-аппликатора — режим «Терапия», «7710», 10 мин., УМ-2;
- АТ 11, 34, 95 по 2 мин., слева и справа.

5-й день

- косметические линии справа — режим «Терапия», 77 Гц, 5 мин., затем 3,9 Гц, 5 мин. На здоровой стороне слева — режим «Терапия», 1 Гц, 5 мин.;
- параорбитальная зона с помощью электрода ДЭНАС-очки — режим «Терапия», 10 и 3,9 Гц, по 5 мин.;

- ДЭНАС-Остео, программа «Релаксация», при УМ-2;
- БАТ хэ-гу — режим «Терапия», 77 Гц, с обеих сторон, по 5 мин.;
- АТ 11, 34, 95, по 2 мин. на точку слева;
- область печени обрабатывалась каждые 3 дня — режим «Терапия», 20 Гц, по 5 мин.

В дальнейшем лечение проводилось по схеме пятого дня. К десятому дню глаз стал закрываться, исчезла асимметрия лица. Лечение продолжили до 15 дней. Пациентку выписали к труду.

Пациентка К., 61 год

В течение многих лет беспокоят боли в шейном отделе позвоночника, сильные боли, онемение в верхних конечностях, особенно по ночам, плохой сон. Два раза в год по поводу остеохондроза позвоночника получала лечение: НПВП, сосудистые, нейропротекторы, витамины. В последнее время боли усилились, не снимались анальгетиками.

Обратилась ко мне 17.03.15 г., рекомендован курс ДЭНС.

Методика ДЭНС

Ежедневные процедуры — утром, при комфортной мощности, курс 10 дней.

1-й день:

- ДЭНАС-Остео, программа «Терапия боли» и программа «Релаксация»;
- область наружной поверхности локтевого сгиба — режим «Терапия», «7710», 5 мин.;
- АТ 95, 55, по 1 мин. слева и справа.

2-й день:

- ДЭНАС-Вертебра, программа В;

- плечелопаточная область, область наружной поверхности локтевого сгиба — режим «Терапия», «7710», по 5 мин., кисти — лабильным способом снизу вверх — 77 Гц, по 5 мин.;
- АТ 37, 55, по 1 мин. слева и справа;
- область печени обрабатывалась каждые 3 дня — режим «Терапия», 20 Гц, по 5 мин.

На четвертый день боли в руках ослабли и улучшился сон. К десятому дню боли купировались.

Женщина приобрела аппарат ДЭНАС-ПКМ и ДЭНАС-аппликаторы и по необходимости проводит лечение уже самостоятельно. По ее рекомендации аппарат приобрели еще два человека.

Все, кто прошел запланированный курс ДЭНС, получили положительный результат. Ко мне вновь приходили люди, которые прошли лечение в стационаре или амбулаторно, но не достигли нужного результата и только после динамической электронеуростимуляции почувствовали облегчение.



ДЭНС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Клиническое наблюдение хирурга-стоматолога Е. В. Волкова
и хирурга-стоматолога В. В. Винникова, ОГБУЗ ГП-2, ОГБУЗ ГБ,
Усть-Илимск*

Пациентка П., 67 лет

За помощью в стоматологическое отделение городской поликлиники обратилась больная с жалобами на периодические боли в области нижней челюсти слева.

На рентгенограмме обнаружены заросшие корни 38-го зуба (нижнего левого зуба мудрости). Проведена плановая амбулаторная операция «альвеолотомия нижней челюсти слева», 38-й зуб удален по частям. На третий день после операции из-за резкого ухудшения общего самочувствия, нарастания воспалительных явлений женщина госпитализирована в оториноларингологическое отделение на стоматологические койки.

Основной диагноз: острый гнойный одонтогенный остеомиелит нижней челюсти от 38-го зуба. Сопутствующий диагноз: сахарный диабет II типа (инсулиннезависимый); артериальная гипертензия.

Оперативное лечение: вскрыт и дренирован поднадкостничный абсцесс, проведен кюретаж лунки.

Учитывая в анамнезе аллергическую реакцию (по типу отека Квинке) на почти все группы антибиотиков, после

внутрикожной пробы назначена противомикробная медикаментозная терапия под прикрытием противоаллергических средств: гентамицин 240×1 р/д внутримышечно №5, трихопол (таб.) 0,5×3 р/с, супрастин 1.0×2 р/с внутримышечно.

Через 10 дней женщина выписана с улучшением на амбулаторное наблюдение у стоматолога-хирурга по месту жительства. Однако на прием женщина явилась через две недели с жалобами на гноетечение из послеоперационной раны, боли в нижней челюсти слева, болезненное открывание рта слева, боли в области удаленного 38-го зуба, гноетечение из лунки, боли при глотании слева, множественные гнойничковые высыпания на коже лица, общую слабость, головокружение.

При осмотре: сохраняется небольшой отек и инфильтрация мягких тканей в нижней трети левой щеки с умеренной болезненностью, ограничение открывания рта до 3,0 см. Подчелюстные лимфоузлы слева увеличены до 0,5 см, малоподвижные, умеренно болезненные, плотные. В полости рта: лунка 38-го зуба пустая, из лунки — жидкое гнойное отделяемое без запаха. Слизистая десны с обеих сторон от лунки умеренно гиперемированная, умеренно болезненная, сглаженная по переходной складке. Послеоперационная рана в стадии эпителизации.

Лечение: под местной анестезией проведен кюретаж лунки 38-го зуба, удалена рыхлая костная ткань, ревизия послеоперационной раны, оставлен повторно дренаж из резиновой полоски. Назначен курс трихопола 0,5×3 р/с внутрь, 7 дней, супрастин 0,25×2 р/с внутрь. Местно обработка раны 3% перекисью водорода и водным раствором хлоргексидина 0,05% с дренированием раны. Несмотря на проводимую терапию, жалобы сохранялись.

Для усиления местного противовоспалительного эффекта рекомендована ДЭНС.

Методика ДЭНС

1. ППЖ (нижняя треть щеки в области тела и угла нижней челюсти слева, подчелюстная зона) — 140 Гц, по мере уменьшения боли — 77 Гц, 20 мин., комфортная мощность. Симметричная здоровая сторона — 10 Гц, 10 мин., минимальная мощность.
2. Зона 2-го шейного позвонка — 77 Гц, 5 мин., комфортная мощность.
3. Су Джок проекция лица — 77 Гц, 5 мин., комфортная мощность.
4. БАТ хэ-гу справа и слева — 77 Гц, 3 мин., комфортная мощность.

Проведено 5 процедур с 2-дневным перерывом на выходные дни.

Результат. Купирование сильной боли на первой процедуре. После второй процедуры сохранялись остаточные явления в виде дискомфорта в области лунки и послеоперационной раны. К третьему сеансу женщина отмечает отсутствие общей слабости, свободное открывание рта, значительное уменьшение гнойничковых высыпаний на коже лица. После четвертого сеанса отделяемого из раны нет, удален дренаж. На пятом сеансе отмечено заживление лунки и послеоперационной раны вторичным натяжением, боль не беспокоит.

Через 2 дня после лечения при контрольном осмотре женщина отмечает хорошее общее самочувствие, дискомфорт в полости рта отсутствует, исчезли высыпания на коже

лица. Местно: лунка и рана заживают — в стадии эпителизации. Планируется дальнейшая санация зубов с последующим протезированием.

После окончания ДЭНС-терапии пациентка приобрела ДЭНАС-Т 3-го поколения.

Таким образом, проведение ДЭНС после оперативного лечения подострого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти у возрастной больной с непереносимостью антибиотиков и сопутствующей патологией позволило в течение недели полностью купировать воспалительный процесс и существенно ускорить заживление послеоперационной раны.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ

Клинический случай доцента кафедры терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии Е. Н. Силантьевой, ГБОУ ДПО КГМА Минздрава России, Казань

Актуальной проблемой и сложной задачей для врачей-стоматологов является лечение широко распространенной патологии челюстно-лицевой области — синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (СБД ВНЧС). Клинические проявления заболевания характеризуются болями в области жевательных мышц, наличием участков болезненных уплотнений (гипертонусов) в них и изменениями в движениях нижней челюсти.

Симптоматическая медикаментозная терапия (обезболивающие, транквилизаторы, снотворные и др.) не всегда дает должный эффект и зачастую имеет ограничения в назначении. Ортопедические методы лечения также порой недостаточно эффективны.

В настоящее время отмечается постепенный отход от окклюзионной терапии, направленной на устранение местных отрицательных факторов, вызывающих появление синдрома. Методы ортопедического лечения сочетают

с физиотерапией, лечебной гимнастикой, иглоукалыванием, мануальной терапией, массажем и др. Применяют также механотерапию, пассивное растяжение жевательных мышц с этапной стабилизацией. Боль и спазм снимают поверхностной анестезией при помощи опрыскивания кожных курковых зон струей хлористого этила или инфильтрацией болезненных участков жевательных мышц слабым раствором анестетика. В домашних условиях используют влажные горячие компрессы или сухое тепло.

Из физиотерапии для лечения СБД ВНЧС рекомендуют ультразвук, фонофорез 1% крема индометацина, димефосфона. Назначают диадинамотерапию, УВЧ, светолечение, лечение теплом, поперечную флюктуоризацию или гальванизацию околоушно-жевательной области, низкоэнергетический лазер.

Проводят также комбинированное лечение ультразвуком и чрескожной электрической стимуляцией. Наблюдается устранение болей при проведении накожной электростимуляции жевательных мышц.

Последние годы широко внедряются в практику методы терапии, основанные на принципе так называемой биологически обратной связи (БОС), к которым относят динамическую электронейростимуляцию.

При лечении СБД ВНЧС необходим дифференцированный, комплексный подход к лечению и терапия, учитывающая этиологию, патогенез, стадию заболевания, особенности течения, общее состояние больного.

Лечение пациентов СБД ВНЧС на кафедре терапевтической детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ДПО «КГМА» проводится по разработанному нами алгоритму с 2005 года. В настоящее время мы применяем универсальный аппарат электростимуляции ДЭНАС-ПКМ.

Алгоритм лечения СБД ВНЧС с применением динамической электронеуростимуляции включает санацию полости рта, терапию заболеваний пародонта, коррекцию окклюзии. ДЭНС проводится на область собственно жевательной и/или височной мышцы с двух сторон, в области шейного отдела позвоночника, околопозвоночных зон, зоны сосцевидного отростка с обеих сторон. Обработка проводится в режиме «Терапия», 77 Гц, при комфортной мощности. В режиме «Тест» (1-я фаза программы МЭД) проводится воздействие на точки выхода тройничного нерва при минимальной мощности. При болях в ВНЧС ДЭНС-терапия осуществляется на зону прямой проекции боли. Воздействие в каждой зоне проводят в течение 3–5 минут стабильным, лабильным и лабильно-стабильным способами. Курс лечения составляет 10–12 процедур по 20–40 минут, процедуры проводятся ежедневно.

Клиническая эффективность лечения оценивается на основании наблюдения за динамикой субъективных и объективных симптомов заболевания, электромиографических, реографических исследований.

Приводим клинический пример.

Больная П., 25 лет (истории болезни № 187552)

Диагноз: синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Диагноз поставлен на основании жалоб, анамнеза, клинических и дополнительных исследований.

Жалобы: постоянные ноющие боли в области нижней челюсти и нижних зубов, дискомфорт в области жевательных мышц с обеих сторон в течение трех лет. Боли возникают или усиливаются при открывании рта, длительном жевании, движениях нижней челюсти, поворотах головы в стороны, отклонении головы назад. В течение суток боль продолжается от 1,5 до 10 часов. Около года лечилась у вра-

ча-стоматолога-ортопеда, после чего было незначительное улучшение, длившееся 3 месяца. Последние 2 года к врачам не обращалась.

Объективно. Прикус ортогнатический, КПУ = 8, гигиенический индекс Федорова – Володкиной = 1,2, патологии тканей пародонта не обнаружено. Повышенный тонус жевательных мышц. Имеются резко болезненные гипертонусы в собственно жевательных мышцах с обеих сторон; болезненные гипертонусы в височных и крыловидных мышцах, слегка болезненные гипертонусы в мышцах дна полости рта. Открывание рта безболезненное зигзагообразное на 3,3 см, при дальнейшем открывании рта возникает боль. Смещения нижней челюсти в стороны неравномерные — на 0,5 см вправо и на 0,3 см влево.

После санации полости рта больной проведен **курс ДЭНС.**

1. Область жевательных мышц (собственно жевательной) с двух сторон, в режиме «Терапия», 77 Гц, при комфортном уровне мощности, по 3–5 минут с каждой стороны стабильным или лабильно-стабильным способом.
2. Околопозвоночные зоны и зона заднего срединного меридиана в режиме «Терапия», 77 Гц, при комфортном уровне мощности, 10 минут лабильно-стабильным способом.
3. Зона сосцевидного отростка в режиме «Терапия», 77 Гц, при комфортном уровне мощности, по 5 минут с каждой стороны, стабильным способом воздействия.
4. Тройничная зона в режиме «Тест» (1-я фаза программы МЭД) при минимальном энергетическом уровне, стабильным способом.

Процедура совершалась ежедневно. Курс лечения составил 12 процедур.

После первой процедуры женщина отметила купирование болевого синдрома. К вечеру первого дня лечения боли возобновились, но были значительно слабее.

Через три дня от начала лечения женщина отметила улучшение. Боли в области нижней челюсти исчезли, в шее уменьшились по длительности и интенсивности. Тонус жевательных мышц в норме. Остался слегка болезненный гипертонус в собственно жевательной мышце справа, в крыловидных мышцах; безболезненные гипертонусы в крыловидных мышцах и мышцах дна полости рта слева. Открывание рта безболезненное, зигзагообразное, на 4,3 см, смещения нижней челюсти равномерные — вправо и влево на 1 см.

Результат. Состояние со значительным улучшением. Тонус жевательных мышц в норме. Гипертонусы во всех жевательных мышцах, мышцах шеи, надплечий, лопаток с обеих сторон отсутствуют. Открывание рта прямое безболезненное на 5 см, смещение нижней челюсти в стороны равномерное, на 1,3 см.

Через полгода и через год после проведенного комплексного лечения признаков обострений СБД ВНЧС не наблюдалось. Жалоб нет. Тонус жевательных мышц в норме. Гипертонусы в жевательных мышцах с обеих сторон не определяются. Открывание рта прямое, безболезненное, на 5,0 см, равномерные смещения нижней челюсти в стороны на 1,2 см.

Таким образом, приведенный клинический случай свидетельствует о высокой эффективности динамической электростимуляции при синдроме болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и позволяет рекомендовать данный метод лечения в практику врачей-стоматологов.



СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ ВРАЧА-ФИЗИОТЕРАПЕВТА

Клинические наблюдения Е. В. Дикун, Медицинский центр «Современная терапия», Пермь

Случай во время ночного дежурства в военном госпитале.

Пациент И. 20 лет

Рядовой РА. Доставлен около 24.00 в приемное отделение госпиталя в сопровождении двоих сослуживцев, которые держали его под руки, помогая передвигаться. Пациент кричит от боли.

Жалобы: на выраженную, нестерпимую жгучую боль в глазах.

Из анамнеза: в течение недели по приказу командира части занимался сварочными работами, защитной маской пользовался не должным образом. Каждый вечер в течение уже 3–4 дней обращался за медицинской помощью к санитару с жалобами на умеренные боли в глазах, получал обезболивающие капли, самочувствие улучшалось, зрения не терял, наутро вновь занимался сваркой. В день обращения защитной маской пользовался мало.

При осмотре: веки плотно сомкнуты, глазные щели отсутствуют, в области обеих орбит выраженный отек мягких тканей, выраженное слезотечение, кожа век гиперемирована.

Предварительный диагноз: электрофтальмия.

Лечение: местно обезболить не удастся, так как невозможно из-за выраженного отека разомкнуть веки даже на 1 мм.

Больной помещен в палату приемного отделения до осмотра врача-офтальмолога, прием которого начнется только в 09.00 следующего дня.

В течение ночи пациенту проведено три процедуры ДЭНС аппаратом ДиаДЭНС-ДТ (первое поколение).

Процедура 1

На сомкнутые веки в режиме «Терапия» сначала на частоте 140 Гц, затем на частоте 77 Гц, попеременно переставляя аппарат с одного глаза на другой до снижения болевого синдрома. Продолжительность процедуры 1 час (электрод «тонул» в отечных веках). Пациент заснул, процедура прекращена.

Процедура 2

Около 03.00 пациента беспокоило неприятное ощущение в глазах, прежней боли не было. При осмотре пациент смог разомкнуть веки, глазная щель была около 1 см, отек уменьшился, слезотечение незначительное. Лечение повторили на частоте 77 Гц на обе орбиты еще около часа, пока пациент не заснул.

Процедура 3

В 06.00 пациент полностью открыл глаза, слезотечения не было, склеры слегка инъецированы, веки пастозны, болей нет. Провели третью процедуру.

Утром молодой человек осмотрен офтальмологом для решения вопроса о госпитализации и дальнейшем лечении. После осмотра коллега задала вопрос: «А с чем его госпитализировать? Ни признаков воспаления, ни травмы глаза не обнаружено, он может возвращаться в часть».

За помощью накануне майских праздников обратилась женщина с просьбой полечить внука.

Мальчик Ю. 4 лет

Со слов бабушки: ребенка лечили в ЛОР-отделении детской больницы по поводу гнойного среднего отита, осложненного (судя по устному описанию, так как медицинские документы с собой не привезли) мастоидитом. Состояние ребенка несколько улучшилось, курс антибиотикотерапии завершили, но планируемого результата (судя по словам бабушки) не достигли. Выписали из стационара и назначили вновь явиться через неделю на повторную госпитализацию для дополнительного обследования и возможного решения об оперативном лечении. Посоветовали на этот период (если возможно) физиотерапию по месту жительства.

При осмотре: ребенок активно двигается, вступает в контакт в присутствии родных. При осмотре правого уха не дает активно надавить на козелок и уклоняется при пальпации заушной области. Внешних признаков воспаления не выявлено, наружный слуховой проход чистый.

Методика ДЭНС

Перед процедурой смазывали обрабатываемую околоушную зону и наружный слуховой проход кремом «Малавтилин». Применяли аппарат ДЭНАС (первое поколение, так как его удобнее поставить за ухом) в режиме «Терапия», минимальная мощность, около 5–10 минут (сколько удавалось удержать ребенка). Процедуры проводили 2–3 раза в день в течение 5 дней.

На начальных третьей-четвертой процедурах ребенок проявлял беспокойство, когда аппарат устанавливался за ухом

и на область ушной раковины, последующие сеансы сидел спокойно, легко позволяя обрабатывать всю область, после процедур активно играл со сверстниками.

Результат: после визита к ЛОР-врачу бабушка сообщила, что доктор был крайне удивлен состоянием ребенка, сказал, что операцию делать нет необходимости и спросил, что же они такое сделали всего за одну прошедшую неделю.

Пациентка К. 71 год

Диагноз: Перелом верхней трети левой плечевой кости.

В анамнезе: перелом шейки бедра слева, перелом ключицы справа, перелом правой лучевой кости в типичном месте, выраженный остеопороз, левосторонняя мастэктомия по поводу рака молочной железы с удалением регионарных лимфоузлов.

Осмотрена травматологом в травмпункте, сделана рентгенография, произведена иммобилизация конечности гипсовой лангетой. Назначены препараты кальция, явка к травматологу не ранее чем через месяц (рекомендовано записаться на прием).

Методика ДЭНС

Женщина самостоятельно проводила процедуры аппаратом ДЭНАС по доступным участкам больной руки в режиме «Терапия», по здоровой руке — в режиме «Тест». Лечение проводила ежедневно, многократно, с небольшими перерывами в течение дня.

Из рассказа пациентки: к концу третьей недели она пришла на прием к травматологу ранее назначенного срока с просьбой снять лангету, так как она мучительно ей

мешала. Врач не хотел ее принимать, поясняя, что прошло еще мало времени для образования костной мозоли, а с учетом ее возраста и остеопороза рентген нет смысла делать ранее полутора месяцев. Однако пациентка настояла на своем, и после контрольной рентгенографии врач был крайне удивлен результатом: на снимке были признаки первичной консолидации (мягкой костной мозоли). Лангету сняли, оставив иммобилизацию на косынке.

Дальнейшее лечение пациентка продолжила аппаратом ДЭНАС уже по всей травмированной конечности, до полного выздоровления.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЭНС У ПАЦИЕНТОВ С ЛОР- ПАТОЛОГИЕЙ

*Клиническое наблюдение врача-оториноларинголога Н. Ю. Янке
и врача Е. В. Волкова, ОГБУЗ ГБ, ДЭНАС-центр, Усть-Илимск*

Наиболее часто предъявляемой жалобой у пациентов с ЛОР-патологией является затруднение носового дыхания. Поскольку назальная обструкция не является самостоятельным заболеванием и имеет множество причин, то необходимо определиться с тактикой: консервативное лечение (медикаментозная терапия, физиолечение); хирургическое лечение, сочетанная терапия. Физиотерапия применяется в оториноларингологии как дополнительный метод.

В течение года к нам за помощью по направлению оториноларинголога обратилось несколько человек с острой и хронической ЛОР-патологией.

Пациентка Т., 40 лет

Диагноз: хронический атрофический ринит.

Жалобы на выраженную сухость слизистой носа, потерю обоняния.

Болеет несколько лет. Проводилось физиотерапевтическое лечение (фонофорез с гидрокортизоновой эмульсией); местное лечение (витаминотерапия А и Е, масляные тампоны в полость носа) — без эффекта.

Рекомендована ДЭНС-терапия. Проведено 6 курсов ДЭНС, сочетая аппаратное лечение с кремом «Малавтилин». Каждый курс состоял из 10 сеансов и проводился раз в месяц.

Методика ДЭНС

1. Крылья и боковые поверхности носа, область ноздрей, переносица, надбровные и подглазничные области с обеих сторон носа в режиме «Терапия», 77 Гц, при комфортной мощности, два раза в день (утром и вечером) в течение 30–40 мин.
2. Су Джок: проекция лица чередовалась через день с проекцией легких (основание больших пальцев руки и ног).
3. БАТ хэ-гу, программа МЭД.
4. ШВЗ — режим «Терапия», 77 Гц, 10 мин., 1 раз в день.
5. Зоны печени, кишечника и зона почки — мочеточники — мочевой пузырь обрабатывались 1 раз в 3 дня: режим «Терапия», 60 Гц, по 5 мин.
6. Тригеминальная зона, ШВЗ, задняя проекция легких обрабатывались в начале и середине курса: режим «Скрининг» с целью поиска ЛТЗ.

Результат. После 6-го курса обоняние полностью восстановилось, купированы все симптомы ринита.

Пациентка К., 50 лет

Диагноз: хронический верхнечелюстной синусит.

В течение длительного времени наблюдалась у отоларинголога по месту жительства.

Неоднократно проходила лечение в ЛОР-отделении, где проводились пункции гайморовых пазух, противомикроб-

ная и противовоспалительная терапия, физиолечение. Несмотря на проводимую терапию, несколько раз в год было обострение заболевания.

Женщина проконсультирована стоматологом: зубы санированы, признаков хронической одонтогенной инфекции не выявлено.

Пациентке предложен курс ДЭНС.

Методика ДЭНС

1. Область носа и проекция гайморовых и лобных пазух в режиме «Терапия», 77 Гц, по 5 минут на каждую зону при УМ-2.
2. Су Джок (проекция лица) — режим «Терапия, 77 Гц, по 5 мин.
3. БАТ хэ-гу — программа МЭД.
4. ШВЗ — режим «Терапия», 77 Гц, 10 мин., раз в день.
5. Зоны печени, кишечника и зона почки — мочеточники — мочевой пузырь обрабатывались 1 раз в 3 дня — режим «Терапия», 60 Гц, по 5 мин.
6. Тригеминальная зона, ШВЗ, задняя проекция легких обрабатывались в начале и середине курса с помощью режима «Скрининг» с целью поиска ЛТЗ.

Проведено 2 курса по 2 недели с интервалом в неделю.

Результат. Значительное улучшение самочувствия.

Через месяц после лечения женщина обратилась повторно при первых признаках обострения гайморита. На 2-м сеансе ДЭНС-терапии при сморкании у больной из носа вышел крупный кусок организованного гноя, после чего все болезненные явления прошли. Женщина приобрела аппарат

ДЭНАС-ПКМ, долечивалась в домашних условиях. В настоящее время с диспансерного учета оториноларинголога снята.

Пациент Н., 40 лет

Диагноз: острый ринофарингит.

Обратился после осмотра оториноларинголога с просьбой помочь избавиться от начинающейся простуды, проявляющейся в виде озноба и непрерывного насморка. Имеет аппарат ДиаДЭНС-ПКМ.

Рекомендовано применять программу «Насморк» в течение дня по требованию, обрабатывать крылья и боковую поверхность носа, область носдрей, переносицу, надбровные и подглазничные области с обеих сторон носа до снятия заложенности. Дополнительно обрабатывать Суджок-проекцию лица — режим «Терапия», 20 Гц, по 5 мин.; БАТ хэ-гу в программе МЭД и ШВЗ — режим «Терапия», 77 Гц, в течение 10 мин. один раз в день.

К обеду заложенность носа прошла, из носа начало постоянно выделяться серозное содержимое. Частоту воздействия поменяли на 200 Гц, время экспозиции — до прекращения выделений. Кратность процедуры до конца дня составила 4 раза. Для усиления эффекта применялся крем «Малавтилин». Все воспалительные явления прошли в течение суток от начала лечения.

Выводы

1. ДЭНС-терапия — малоизученный в оториноларингологии метод лечения, но на приведенных выше примерах показана его эффективность.

2. Мы рекомендуем ДЭНС как дополнительный и альтернативный метод лечения в оториноларингологии для купирования острых заболеваний на начальном этапе. А также в случае перехода острого заболевания в хроническую стадию при неэффективности традиционной терапии.
3. Для ликвидации риска хронизации болезненного процесса мы настоятельно рекомендуем использование ДЭНС с первых дней лечения ЛОР-патологии как дополнительный метод.



ДЭНС-ТЕРАПИЯ КАК СПОСОБ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЖЕНЩИНЫ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД

*Клинические наблюдения С. В. Бацак, бакалавра традиционной
медицины в области ДЭНС, Челябинск*

Климактерический период — физиологический период жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений организма доминируют инволюционные процессы в репродуктивной системе.

Климактерический синдром — патологическое состояние, возникающее у части женщин в климактерическом периоде и характеризующееся нервно-психическими, сосудистыми и обменно-трофическими расстройствами. Первые проявления климактерического синдрома: приливы жара, повышенная потливость, головные боли, колебания артериального давления, раздражительность, снижение либидо — существенно меняют качество жизни женщины. Через 1–3 года после наступления менопаузы могут усугубляться урогенитальные симптомы (сухость слизистых, недержание мочи), прогрессировать обменные нарушения (атеросклероз, нарушение углеводного обмена, остеопороз).

Цель назначения и проведения ДЭНС-терапии — уменьшение выраженности симптомов в климактерический и постменопаузальный период, снижение медикаментозной нагрузки, улучшение общего состояния, повышение качества жизни женщин.

Материалы и методы

В исследовании участвовали 7 женщин, которые с учетом возраста были условно разделены на две группы: 1-я группа — 2 женщины (51 и 53 года); 2-я группа — 5 женщин (67–80 лет).

Все женщины жаловались на быструю утомляемость и раздражительность, плохой сон, нестабильное артериальное давление, периодические боли в суставах, склонность к запорам, метеозависимость, сухость кожи и слизистых.

Основными жалобами женщин из 1-й группы являлись приливы и повышенная потливость. Обе пациентки наблюдаются эндокринологом: одна по поводу диффузного токсического зоба — получает мерказолил 6 таб. (30 мг) в сутки; у второй аутоиммунный тиреоидит и небольших размеров миома матки.

Женщины 2-й возрастной группы отмечали недержание мочи при кашле, смехе, частые циститы. Две пациентки из группы страдают сахарным диабетом II типа.

Несмотря на общность большинства жалоб, был найден индивидуальный подход к проблеме каждой женщины.

Методика ДЭНС

1. Проекция теменной области по системе соответствия Су-Джок в режиме «Тест».
2. БАТ хэ-гу, программа МЭД.
3. Четыре постановки аппарата на ладонь по системе соответствия Су-Джок (рис. 1), режим «Терапия», 77 Гц, УМ-1, УМ-2 — с учетом АД.
4. Зона стоп. Выносной электрод ДЭНАС-Рефлексо, программа «Почки» и программа «Суставы» чередовались через день, УМ-1, УМ-2.

Для лечения суставной боли применялись курсовые композиции АТ (1 пациентка). Курс аурикулярной терапии с применением АТ, рекомендованный при миоме матки (методика из издания «Клиническое применение аппаратов ДЭНС», 2009 год), проходила 1 пациентка.

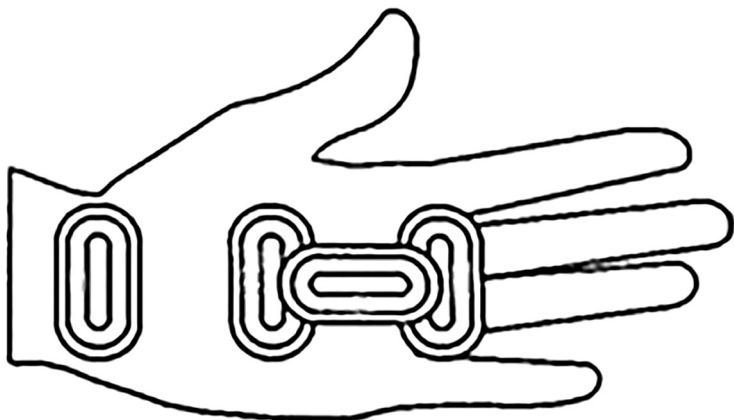


Рис. 1

Результаты

1. Все женщины отметили улучшение настроения и повышение работоспособности, уменьшение метеозависимости. Приливы и потливость стали проявляться реже и имели невыраженный характер.
2. ДЭНС оказывала быструю и действенную помощь в купировании головных болей как затяжного характера, так и менее интенсивных и без применения медикаментов.
3. Все женщины отметили значимое улучшение работы кишечника, нормализацию стула, отказывались от слабительных.
4. У женщин в обеих группах нормализовалось АД.

5. С помощью выносного электрода ДЭНАС-Рефлексо получен хороший и стойкий результат у пациентки, страдающей недержанием мочи и частыми циститами.
6. У женщины, страдающей гиперфункцией щитовидной железы, на фоне улучшения лабораторных показателей доза мерказолила снижена до 1 таб. (5 мг) в сутки. У пациентки с миомой уменьшились размеры миомы.

Выводы

Несмотря на многообразие жалоб, сопутствующие заболевания и проводимое медикаментозное лечение, именно с ДЭНС нам удалось достичь четких эффектов по уменьшению и купированию большинства жалоб, уменьшению медикаментозной нагрузки.

ДЭНС зарекомендовала себя как самостоятельный метод реабилитации и лечения женщин в климактерическом и постменопаузальном периоде. Преимущество ДЭНС-терапии в доступности, безопасности и возможности самостоятельного применения.

Все это, несомненно, позволяет рекомендовать ДЭНС как способ комплексного оздоровления и сохранения здоровья женщин в климактерический период.



ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

Клиническое наблюдение Р. И. Ичевой, бакалавра традиционной медицины в области ДЭНС, Кыштым, Челябинская обл.

Мужчина А., 1955 г. р.

Диагноз: сахарный диабет II типа, инсулинонезависимый. Сопутствующий диагноз: остеохондроз позвоночника, синдром цервикалгии, люмбалгии. Гипертоническая болезнь II–III ст.

Жалобы: чувство онемения в стопах («постоянно мерзнут»), боли в шейном и поясничном отделе позвоночника, боли в правом коленном суставе, усиливающиеся при ходьбе, повышение артериального давления, снижение зрения, слуха, шум в ушах, общая слабость, нарушение сна.

В анамнезе: сахарный диабет с 2013 г. Получает сахароснижающие препараты: глидиаб, глиформин, метформин. Инвалидность по основному заболеванию 2-й группы с 2013 г. Остеохондроз позвоночника с периодическими обострениями. Последнее время длительный болевой синдром в области шеи и нижней части спины (много лет работал водителем).

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 95 кг (ИМТ 35). АД 150/90 мм рт. ст, ЧСС 65/мин. Стул регулярный, мочеиспускание учащенное (ночью 2–3 раза).

Консультация невролога: остеохондроз позвоночника. Синдром цервикалгии, люмбалгии.

Реовазография сосудов н/конечностей от 06.10.2014 г. Заключение

Сегмент стопа. Пульсовое кровенаполнение незначительно снижено справа, умеренно повышено слева. Асимметрия пульсового кровенаполнения (ПК) резко выраженная. Тонус артериол и прекапилляров умеренно повышен слева, резко повышен справа. Признаки спазма сосудов справа. Венозный отток сохранен.

Сегмент голень. Пульсовое кровенаполнение значительно снижено слева, резко снижено справа. Асимметрия ПК умеренная. Тонус артериол и прекапилляров умеренно повышен. Признаки спазма сосудов справа. Венозный отток сохранен.

С ноября 2014 г. пациенту предложено пройти несколько курсов ДЭНС с целью лечения боли в спине, профилактики сосудистых осложнений сахарного диабета и стабилизации общего состояния.

Методика ДЭНС (в условиях ДЭНС-кабинета)

1. ДЭНАС-Вертебра, программы А и С (чередование сегментов через день — ПКЗ, ШВЗ), УМ 8 у. е. Крем «Малавтилин» наносился на всю область позвоночника после завершения процедуры.
2. ОЛМ-1: 60 мин.
3. ВидЭНС — программа «Антистресс» чередовалась с программой «Улучшение сна».
4. Су Джок область головы: программа МЭД.

Проведено два курса по 10 дней: в ноябре 2014 г. и январе 2015 г. В комплексе даны рекомендации по питанию и питьевому режиму.

Самостоятельно в домашних условиях пациент проводил процедуры по следующей методике:

1. ДЭНАС-Кардио, 2 раза в день, курсами по 10 дней.
2. ПКЗ и ШВЗ обрабатывались поочередно: режим «Терапия», 200, 140, 77, «77 10», 60, 20, 10 Гц, по 3–5 мин. на каждой частоте (с помощью аппарата ДЭНАС-ПКМ и ДЭНАС-аппликатора), при УМ 8 у. е.
3. Область коленного сустава справа: режим «Терапия», 200, 140, 77, «77 10», 60, 20, 10 Гц, по 3–5 мин. на каждой частоте, при УМ 8 у. е. Симметричный сустав: режим «Тест».
4. Зона печени: режим «Терапия», 77; 60; 9,2 Гц, по 5–10 мин. на каждой частоте, при комфортном уровне мощности.

Курсы по 10 дней с интервалом 10 дней в период с ноября по февраль.

Результат

Положительная динамика наблюдалась уже к 3–5-й процедуре: уменьшилась боль в спине и суставе (мужчина с радостью сообщил, что на пятый этаж поднялся без отдыха, тогда как раньше каждые 5–7 ступенек останавливался, держась за поручни лестницы). К концу первого курса лечения на аппарате ДЭНАС-Вертебра купировано онемение и парестезии в пальцах ног, нормализовался сон, улучшилось общее состояние, настроение и работоспособность. Ночных мочеиспусканий не стало. Вес снизился на 5 кг. С ноября по февраль на фоне проводимой терапии не зарегистрировано повышение артериального давления до высоких цифр.

Реовазография сосудов н/конечностей от 06.10.2014 г.

Заключение

Сегмент стопа. Пульсовое кровенаполнение резко повышено. Асимметрия ПК в допустимых пределах. Тонус артериол и прекапилляров умеренно повышен. Венозный отток сохранен.

Сегмент голень. Пульсовое кровенаполнение в норме. Асимметрия ПК в допустимых пределах. Тонус артериол и прекапилляров умеренно повышен. Признаки спазма сосудов справа. Венозный отток сохранен. Признаки снижения эластичности сосудов.

В настоящее время при прохождении комиссии на подтверждение инвалидности в декабре 2015 года: сахар натощак 5,3 ммоль/л; после еды 6,8 ммоль/л (обсуждался вопрос на комиссии о снятии инвалидности по сахарному диабету). Стопы не мерзнут. Очень активный. Вес снизился на 10 кг. Продолжает применять ДЭНАС-Кардио курсами.

Выводы

1. У пациента с сахарным диабетом, сопутствующей патологией сложно подобрать обезболивающую медикаментозную терапию с достаточным эффектом и без побочных действий. В нашем случае даже одного курса ДЭНС хватило, чтобы уменьшить боль.
2. Повторные курсы, о которых всегда говорится в случае лечения хронических заболеваний, позволили не только стабилизировать самочувствие, сохранить достигнутый эффект, но и улучшить показатели регионарного кровотока по данным РВГ.
3. На фоне лечения достигнута стабилизация АД, снизился вес, снизился уровень сахара в крови, что говорит о системном характере положительных эффектов.



ВОЗМОЖНОСТИ ДЭНС ПРИ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП

Клиническое наблюдение В. Н. Стрижак, бакалавра традиционной медицины в области ДЭНС-терапии, Новосибирск

Вальгусная деформация первого пальца стопы (hallux valgus, «шишки», «косточки») — деформация первого плюснефалангового сустава стопы, в результате которой он постепенно отклоняется кнаружи, меняется положение и других пальцев. Второй палец может подниматься кверху, приобретая форму молотка, с болезненной мозолью (фото 1). Наиболее частые причины: поперечное плоскостопие, генетическая предрасположенность, остеопороз. Прогрессированию и усугублению деформации способствует ношение тесной обуви и обуви на каблуке, избыточный вес. Вальгусная деформация во много раз чаще развивается у женщин.

Женщина 1947 г. р.

Диагноз: вальгусная деформация стоп, деформирующий артроз суставов стопы.

Обратилась в сентябре 201 года по поводу боли и деформации суставов стоп. Болеет с 1994 года. Проводилась консервативная терапия: мази, настои трав, анальгетики. От операции отказалась.

Жалобы: на интенсивные боли в суставах ног (ВАШ 7–8 баллов по 10-балльной шкале), выраженную деформацию пальцев и резкое ограничение объема движений (фото 1), большие сложности в подборе обуви.

Методика ДЭНС

После первой процедуры ДЭНС, проведенной в прямой проекции боли, боль уменьшилась до 3–4 баллов (на 50%), и женщина приобрела в личное пользование аппарат ДЭНАС-ПКМ и комплект аппликаторов. Дальнейшее лечение проводила самостоятельно, под моим наблюдением.

1. Стопы обрабатывались с помощью ДЭНАС-ПКМ 2-го поколения и ДЭНАС-аппликатора: программа «Прямая проекция», УМ-2, 10 мин.; программа «Симметричная зона» (другая нога), УМ-2, 10 мин.
2. ПКЗ — программа «Сегментарная зона», УМ-2, 5 мин.
3. БАТ хэ-гу — программа МЭД, УМ-1, УМ-2.

Процедуры проводились утром и вечером. Курсы по две недели с интервалом в неделю проводились в течение 10 месяцев.

Результат лечения

Через 10 месяцев болевой синдром купирован, увеличился объем движений в суставах стопы, уменьшилась деформация в области 1-го и 2-го пальцев стопы (фото 2). Женщина освоила аппарат и методики лечения других заболеваний: простуда, артериальная гипертензия, травмы, болезни ЖКТ, суставные боли, утомление глаз и др.



Фото 1. До начала ДЭНС



Фото 2. Через 10 мес. на фоне ДЭНС



СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ

Клиническое наблюдение В. Н. Стрижака, бакалавра традиционной медицины в области ДЭНС-терапии, Новосибирск

Пациент К., 1947 г. р.

Диагноз: хроническая экзема.

Жалобы (2012 г.) на выраженные изменения кожи кистей шелушение, зуд (фото 1).

Болеет с 1972 г., когда появился дерматит на руках при контакте с моющими и лакокрасочными средствами. Неоднократно обращался за медицинской помощью. Лечение без особого эффекта.

Рекомендован курс ДЭНС. После ознакомления с принципами ДЭНС-терапии и правилами проведения процедур аппаратами ДЭНАС-ПКМ и ДиаДЭНС-Космо пациент выразил желание приобрести аппараты в личное пользование.

Методика ДЭНС (фото 2)

1. Зона кистей обрабатывалась утром с помощью аппарата ДиаДЭНС-Космо. Аппарат устанавливался на предплечье, а маска-электрод с тканевой салфеткой, смоченной 2% раствором Карловарской соли, оборачивалась вокруг кисти (поочередно обрабатывались левая и правая кисть 1 раз в день). Программа «Лимфодренаж» и программа «Питание» чередовались на одной процедуре. После процедуры на пораженную кожу наносился крем «Бонавтилин».

2. Тыльная область кистей дополнительно обрабатывалась в течение дня аппаратом ДЭНАС-ПКМ: режим «Терапия», «77 10», УМ-2, УМ-3, по 5 мин.
3. БАТ хэ-гу: программа МЭД, УМ-2.
4. ШВЗ (с помощью ДЭНАС-аппликатора): режим «Терапия», «77 10», УМ-1, 5 мин.
5. Зона печени (Су Джок): режим «Терапия», 77 Гц, УМ-1, 5 мин.

Улучшение наступило уже после первого 14-дневного курса: кожа заметно изменила свое качество. После второго курса кожа полностью очистилась.

P.S. Я случайно встретил этого мужчину только в 2014 году. Мы поздоровались за руку, и я с восторгом отметил, что его руки не отличаются от моих (фото 3). Сейчас больной не проводит лечение, но соблюдает осторожность при работах с веществами бытовой химии.



Фото 1. Кожа кисти до лечения



Фото 2. Подготовка к проведению процедуры



Фото 3. Руки пациента К (голубая рубашка) после двух курсов ДЭНС-терапии в 2012 г. Снимок сделан 07.11.2014 г.



ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ПОСТРАВМАТИЧЕСКИМ ФЛЕБОТРОМБОЗОМ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Клиническое наблюдение врача-травматолога А.А. Суздалева, структурное подразделение ФГКУ 1586 ВКГ МО РФ, С.Г. Бурых, бакалавра традиционной медицины в области ДЭНС-терапии, Брянск

Женщина С., 48 лет

Женщина госпитализирована в стационар с жалобами на боль распирающего характера в левой стопе и голени, выраженный отек стопы и голени. Больна около двух недель.

Анамнез. За два месяца до момента настоящего обращения получила травму голени. Сразу после травмы начато применение ДЭНС в целях обезболивания, до приезда бригады СМП, в течение 30 мин. С помощью ДЭНС удалось уменьшить болевой синдром. Проведено рентгенологическое исследование: закрытый перелом обеих костей нижней трети левой голени со смещением костных отломков. Женщина госпитализирована в травматологическое отделение. Операция: открытая репозиция, металлоosteосинтез левой большеберцовой кости.

В стационаре, готовясь к операции, с помощью выносного электрода ДЭНС-аппликатора проводилась ДЭНС в ПКЗ три раза в день по 30 мин. в течение 4 дней. Лечащий хирург, отметил, что это позволило практически сразу взять ее на операцию, т.к. благодаря ДЭНС на ПКЗ уменьшились

отек травмированной конечности и трофические изменения. Кроме того, пациентка отмечала улучшение психоэмоционального состояния в короткий срок (сон, настроение).

Послеоперационный период протекал без особенностей, операционная рана зажила первичным натяжением, нагрузка на конечность на момент обращения еще не начата, ходит на костылях, левая стопа и голень иммобилизованы задней лонгетой. После выписки из стационара ДЭНС проводилась нерегулярно, единичными процедурами. В течение 2 месяцев сохранялся отек.

Status localis. При осмотре отек в области левой н/конечности до уровня коленного сустава. Кожные покровы цианотичные с багровым оттенком на стопе, блестящие, эпидермис сухой, шелушащийся, локальная гипертермия отсутствует. Пульсация артерий голени и стопы практически не определяется из-за отека. Поверхностные вены голени визуально не изменены, при пальпации мягкоэластичные, безболезненные. Отмечается умеренная болезненность при пальпации тыла стопы, икроножной мышцы, подколенной области. Движение в голеностопном суставе умеренно болезненно, боль в икроножной мышце усиливается при тыльном разгибании стопы (симптом Хоманса).

Рентгенография. Перелом нижней трети большеберцовой кости с фиксацией отломков винтами, костная мозоль прослеживается. Перелом малоберцовой кости ближе к средней трети с осевым смещением отломков на ширину кости, костная мозоль не дифференцируется.

Ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов нижней конечности. Тромбоз глубоких вен голени, подколенного сегмента, тромботические массы рыхлые, фиксированы к стенкам вен.

Общие и биохимические анализы крови практически в норме (незначительное повышение СОЭ). Коагулограмма в пределах нормальных показателей.

Диагноз: флеботромбоз глубоких вен левой голени, подколенной вены (подострый). Закрытый перелом обеих костей левой голени в нижней трети в стадии неполной консолидации. Состояние после операции открытой репозиции, металлоостеосинтеза левой большеберцовой кости винтами.

Лечение. Режим на 7 дней постельный с возвышенным положением конечности. Медикаментозное лечение: варфарин в первоначальной дозе 5 мг в сутки с последующим снижением дозы до 1,5 таблеток в сутки под контролем коагулограммы (с поддержкой показателя МНО* в пределах от 1,3 до 2,3, ПТИ 65–78%). Дополнительно пентоксифиллин, детралекс, диклофенак, поливитамины, гепариновая мазь местно.

Физиотерапия: магнит 30 МТл — 15' № 10 на стопу и голень с первой недели, электрофорез с 2% хлоридом кальция 4–12 мА 10–20' № 10 на область голеностопного сустава со второй недели от момента госпитализации.

Параллельно к назначенному лечению начат курс ДЭНС.

Методика ДЭНС

1. Околопозвоночные зоны и зона заднего срединного меридиана — в режиме «Терапия» «7710» (20,10 Гц, чередуя), 15 мин.

* МНО — международное нормализованное отношение — лабораторный показатель, определяемый для оценки внешнего пути свёртывания крови.

2. Область стопы и голени — режим «Терапия» 200, 140, 77 Гц (чередую) по ходу венозного оттока, определяя противоболевой и противоотечный эффект.
3. ШВЗ, ПКЗ (чередую), режим «Терапия» «77 10», 15 мин.
4. Зона почек и мочеточников — режим «Терапия», 77 Гц, по 5–7 мин. на каждую сторону
5. Зона печени и кишечника — режим «Терапия», 77 Гц, 15 мин.
6. Область стоп (выносной электрод ДЭНАС-Рефлексо), частоты 77, 10, 9.4, 8.1, 4.0, 2.5 Гц, по 3 мин. на каждой частоте.

На одной процедуре обрабатывались 3 зоны, средняя продолжительность процедуры 40–60 мин. В большинстве случаев триггерные зоны в местах воздействия аппаратом проявлялись покраснением, залипанием. Триггерным зонам уделялось дополнительное внимание. В ходе лечения ДЭНС на сеансе отмечалась выраженная положительная динамика: нормализация цвета кожных покровов, снижение отека, уменьшение болевого синдрома. Пациентка имела в наличии аппарат, что позволяло проводить процедуры многократно в течение дня по алгоритму острого процесса.

Начата дозированная нагрузка на конечность.

Результат. К пятой-шестой неделе болевой синдром субъективно и пальпаторно купирован полностью. Отек сохраняется в области голеностопного сустава, однако уменьшился до незначительного утром, нарастающего до умеренного к вечеру. Пульсация артерий несколько ослаблена.

На контрольном дуплексном сканировании отмечается частичная реканализация тромбированных вен.

Больная выписана на амбулаторное лечение.



СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДЭНС ПРИ ФУРУНКУЛЕ НОСА

Клиническое наблюдение врача-физиотерапевта высшей категории Т. Ф. Бахтиной, Железногорск, Иркутская обл.

Фурункул — это гнойное воспаление волосяного мешочка, сальной железы вместе с окружающей клетчаткой. Фурункул с локализацией на лице в области носа и верхней губы очень опасен. Возможен сопутствующий тромбоз вен лица, который приводит к распространению воспаления на венозный синус и оболочки головного мозга.

Пациент К., 36 лет

Диагноз: фурункул носа в стадии инфильтрации.

Жалобы на отек, боль, повышение температуры.

В условиях стационара проводилась антибактериальная терапия гентамицином и цефатоксिमом с интервалом 12 часов, инфузионная дезинтоксикационная терапия. После 5-дневной медикаментозной терапии в стационаре удалось только снизить температуру.

Пациент направлен на консультацию к врачу-физиотерапевту для назначения УФО.

При осмотре: выраженная гиперемия области носа, болезненность при пальпации.

Проведен один сеанс УФО без эффекта. Было принято решение подключить ДЭНС.

Методика ДЭНС (аппарат ДЭНАС-ПКМ 4-го поколения)

За 15 минут до процедуры на область воспаления наносился крем «Малавтилин».

Крылья носа, подчелюстная область обрабатывались в режиме «Терапия», 77 Гц, УМ 5 у. е., по 5 минут на каждую зону. Через час после 1-й процедуры заметно уменьшилась гиперемия и отек тканей, болезненных ощущений нет.

Через два часа процедура проведена повторно. Воздействие в зоне кончика носа, крыльев носа: режим «Терапия», 77 Гц, УМ 7 у. е., по 5 мин. на каждую зону. Дополнительно БАТ хэ-гу в программе МЭД и зона 2-го шейного позвонка — режим «Терапия», «7710», при комфортном уровне мощности, 5 мин.

На следующий день пациент выписан из стационара с выздоровлением.

Выводы

ДЭНС-терапия в комплексном лечении фурункула носа качественно повлияла на сроки выздоровления. Чем раньше начато применение ДЭНС, тем быстрее будет достигнут положительный эффект.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЭНС-ТЕРАПИИ ПРИ ГИДРАДЕНИТЕ

Клиническое наблюдение врача-физиотерапевта высшей категории Т. Ф. Бахтиной, Железногорск, Иркутская обл.

Гидраденит — это воспаление потовых желез. В подмышечной области возникает плотный болезненный узелок, который постепенно увеличивается. Кожные покровы над ним меняют цвет после формирования гнойничка. Рядом с первым инфильтратом образуются еще несколько, так как процесс быстро распространяется на соседние железы, в результате может образоваться массивный воспалительный конгломерат («сучье вымя»). При прорыве гнойника из нескольких мест выделяется гнойное содержимое. Процесс не только неприятный, но и очень болезненный. Как правило, требуется неоднократное хирургическое вмешательство под местным наркозом и медикаментозное лечение с применением антибиотиков. Процесс может продолжаться от 1 недели до месяца.

Пациентка Л., 71 год

Диагноз: гидраденит правой подмышечной области.

Женщина обратилась за помощью в первые сутки появления симптомов заболевания после переохлаждения. При осмотре: незначительное покраснение, при пальпации болезненный узелок. В анамнезе — аллергическая реакция на антибиотики.

Принято решение сразу начать курс ДЭНС в сочетании с кремом «Малавтилин».

Методика ДЭНС

За 15 минут до процедуры на область воспаления наносился крем «Малавтилин».

1. ППЖ: режим «Терапия», 77 Гц, УМ-2, 10 мин. Процедуру повторяли каждые 2 часа.
2. На 3-й процедуре добавлена БАТ хэ-гу в программе МЭД.
3. На следующий день проведено две процедуры с интервалом 3 часа в указанных выше зонах.

В результате гидраденит вылечен за 2 дня без применения медикаментозной терапии и хирургического вмешательства.

Вывод

1. В данном случае ДЭНС предотвратила развитие воспалительного процесса и способствовала быстрому выздоровлению.
2. Аппарат производства «ДЭНАС» любой модификации необходимо иметь в домашней аптечке для оказания самопомощи и помощи в кратчайшие сроки при острых, хронических и неотложных состояниях, особенно людям, склонным к аллергическим реакциям.

ОГЛАВЛЕНИЕ

.....

Глава I. Клинические случаи применения ДЭНС в педиатрической практике

ДЭНС-терапия в комплексной коррекции детей с расстройством аутистического спектра.....	6
Применение ДЭНС-терапии при логоневрозе у ребенка с бронхиальной астмой.....	13
Опыт ведения ребенка с ринолалией.....	17
Динамическая электронейростимуляция в практике учителя-логопеда в детском образовательном учреждении.....	23
Опыт лечения ребенка с аутизмом.....	35
Анализ опыта применения динамической электронейростимуляции в комплексной коррекции детей с нарушениями речи.....	38
Применение аппарата ДЭНАС с самого рождения ребенка.....	42

Глава II. Клинические случаи применения ДЭНС у взрослых

ДЭНС в комплексном лечении пациентки с аневризмой аорты в раннем послеоперационном периоде.....	46
ДЭНС в комплексной реабилитации пациента, перенесшего операцию на открытом сердце и полиорганной недостаточностью в раннем восстановительном периоде.....	51
Случай успешной коррекции грубых речевых нарушений у взрослого человека.....	59

Ведение пациентки с тяжелой астенией на фоне климактерического синдрома.....	62
Влияние динамической элетронеиристимуляции на развитие гибкости позвоночника.....	66
Опыт применения аппаратов ДЭНАС в условиях физиотерапевтического отделения.....	73
Анализ данных применения динамической элетронеиристимуляции в условиях спортивно-оздоровительного центра.....	80
ДЭНС в комплексном лечении одонтогенного остеомиелита нижней челюсти.....	85
Клинический случай лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с применением динамической элетронеиристимуляции.....	89
Случаи из практики врача-физиотерапевта.....	94
Опыт применения ДЭНС у пациентов с ЛОР-патологией....	99
ДЭНС-терапия как способ оздоровления женщины в климактерический период.....	104
Опыт ведения пациента с сочетанной патологией на фоне сахарного диабета II типа.....	108
Возможности ДЭНС при вальгусной деформации стоп....	112
Случай успешного лечения хронической экземы.....	115
Ведение пациентки с постравматическим флеботромбозом нижней конечности.....	118
Случай успешного применения ДЭНС при фурункуле носа.....	122
Опыт применения ДЭНС-терапии при гидрадените.....	124



КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТОВ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ

(случаи из практики)

Выпуск 8 (2016)

Дизайн, верстка, допечатная подготовка: А. Ховрин
Корректурa: Л. Сушкова