

сознательного создать мотивацию на трезвость, сформировать бессознательную готовность к достижению результата и создание доминантной части личности, отвечающей за трезвое поведение. Одновременное применение НЛП и эриксоновского гипноза позволяет успешно преодолеть алкогольную анозогнозию, создать установку на лечение и трезвость, купировать первично-патологическое влечение к алкоголю и сформировать безразличие к виду и запаху алкоголя, а также новые мотивы поведения, связанные с необходимостью воздержания от алкоголя.

Нами отмечено, что инфракрасная фотобиостимуляция, обладает такими способностями, как формирование артифициальных стабильных функциональных связей второго типа, обеспечивает качественное купирование первично-патологического влечения к алкоголю, поскольку в коре головного мозга и в подкорковых образованиях головного мозга образуются селективные каналы связи между различными подкорковыми структурами мозга, основу которых составляют матрицы долговременной памяти. Это позволяет в короткие сроки сформировать структурные функциональные системы безразличия к алкоголю. При этом НЛП и эриксоновский гипноз усиливают действие инфракрасной фотобиостимуляции, что позволяет пациенту самостоятельно осознать и проработать свои глубинно-подсознательные причины развития зависимости и сформировать отрицательный условный рефлекс на алкоголь.

Преимущества использования такого метода в том, что он позволяет изменить алкогольные установки личности, при этом изменение этих установок проводится непосредственно самим пациентом, но под контролем лечащего врача, что позволяет самому пациенту осознать и преодолеть патологические паттерны алкогольного поведения и существенно улучшает качество ремиссии. При этом уже после первого сеанса пропадает патологическое влечение к алкоголю.

Лечение индивидуально учитывает особенности личности пациента, что повышает эффективность лечения. В предлагаемом методе лечения алкогольной зависимости не применяются лекарственные средства, что удешевляет способ лечения.

В течение года по данной методике было пролечено 276 человек с диагнозом - употребление алкоголя с вредными последствиями и синдромом зависимости, из которых - 211 мужчин и 65 женщин. Курс лечения состоял из трех процедур, промежуток между которыми составлял три дня, поддерживающие сеансы проводились через 3, 6, 9 и 12 месяцев.

После первой процедуры отмечено улучшение самочувствия у 83% пациентов: появился аппетит, наладился сон, нормализовалось настроение. Обсессивное первично-патологическое влечение к алкоголю исчезло у 64% больных.

После второй процедуры 72% пациентов отметили изменение отношения к виду и запаху алкоголя в виде безразличия и равнодушия. После третьей процедуры 96% обратившихся отмечали, что, при виде алкогольной продукции и в присутствии пьющих, появление безразличия или отвращения к виду и запаху алкоголя. Все, прошедшие курс лечения, отмечали улучшение физического самочувствия: улучшение сна, аппетита, настроения, повышение работоспособности. При этом у 14% пациентов сохранялись жалобы на раздражительность.

Через 3 месяца на поддерживающий сеанс пришли 238 человек, из которых 4 человека вернулись к употреблению алкоголя, 20% отмечали периодически возникающее влечение к алкоголю, возникающее преимущественно на голодный желудок и проходящее после приема пищи. У 30% отмечалось периодически возникающее раздражение, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, ухудшение сна. Остальные отмечали стойкое безразличие и равнодушие к виду и запаху алкоголя.

Через 6 месяцев обратились 231 человек. Из обратившихся к употреблению алкоголя вернулось 11 человек, 17% отмечали периодически возникающее влечение к алкоголю, возникающее на голодный желудок и при ссорах.

Через 9 месяцев обратились 198 человек - все они сохраняли трезвый образ жизни и отмечали наличие безразличия к виду и запаху алкоголя.

Через 1 год на консультацию обратилось 216 человек. Все обратившиеся сохраняли трезвый образ жизни и отмечали улучшение физического здоровья и психологического климата в семье.

Предлагаемая методика отвечает всем современным требованиям и позволяет качественно и эффективно купировать основные проявления алкогольной зависимости, а также способна сформировать качественную ремиссию.

#### **ДИНАМИКА ПОЯСНИЧНЫХ БОЛЕЙ У ЛИЦ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА**

Торчинов И.А., Торчинова З.А.  
*Северо-Осетинская государственная  
медицинская академия  
Владикавказ, Россия*

Остеохондроз позвоночника считается одной из самых актуальных проблем медицины. Одна из самых распространенных теорий возникновения остеохондроза является инвалютивная. Согласно ей все люди с возрастом должны страдать так называемым радикулитом и чем они старше, тем чаще и выраженнее страдание. Исследования в этой работе были проведены с целью уточнения, особенности динамики пояснич-

ных болей в зависимости от возраста у лиц с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника. Нами обследованы 418 человек без специальной выборки. Они были разбиты на пять возрастных групп: до 21 года (21,3%), 21-30 лет (34,4%), 31-40 лет (23,9%), 41-50 лет (12,7%) и 51-60 лет (7,7%). При исследовании выяснено, что 67,9% обследованных беспокоила поясничная боль. А у всех 418 человек рентгенологически выявлены признаки позвоночного остеохондроза различной степени выраженности. Для определения зависимости клинических проявлений остеохондроза поясничного отдела от возраста решено было проследить частоту жалоб на боли в пояснице в различных возрастных группах. В возрастной группе до 21 года боли в пояснице отмечались у 41,57% человек, в 21-30 лет - у 75,0%, в 31 - 40% - у 63,0%, в 41-50 лет - у 84,9%, в 51-60 лет - у 100% человек. Полученные сведения, отраженные в графике, позволили выделить три периода. Первый характеризуется возникновением и нарастанием симптома. Он наступает в возрастном периоде до 21 года и заканчивается в 30 лет. В этом периоде впервые возникают, а затем нарастают жалобы на поясничную боль (от 41,57% до 75,0%). Второй период временной адаптации характеризуется снижением клинических проявлений (до 63,0%). Этот период соответствует возрасту 31-40 лет. Третий период дезадаптации, во время которого отмечается новый подъем частоты жалоб на поясничную боль (от 84,9% до 100%), В этом периоде, по-видимому, при наличии остеохондроза нарушаются адаптационные возможности позвоночника. Тогда могут впервые возникнуть поясничная боль или участиться обострения.

**ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ  
ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА  
ПОЗВНОЧНИКА И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ  
ЗНАЧЕНИЕ**

Торчинов И.А.

*Северо-Осетинская государственная  
медицинская академия  
Владикавказ, Россия*

Известно, что вертеброгенную патологию следует рассматривать с учетом анатомо-морфо-функционального состояния тел позвонков, дисков, суставного, мышечного и нервного аппаратов позвоночного столба. Дисфункция одного из анатомо-функциональных компонентов его может привести к включению этиопатогенетических факторов приводящих к дегенеративно-дистрофическим изменениям в позвоночнике и к позвоночным болям. Анализ имеющихся в отечественной и зарубежной литературе сведений по анатомии позвоночника выявил некоторые особенности анатомического строения пояснично-крестцового отдела, которые сами по себе могут

стать реальной основой для статической недостаточности позвоночника в случае предъявления повышенных требований к туловищу. К этим особенностям относится клиновидная форма тела 5 поясничного позвонка, которое сзади ниже, чем спереди. Краниальные и каудальные поверхности поясничных позвонков имеют прочный кортикальный слой. В центре он истончается, иногда отсутствует. В межпозвонковых (фасеточных) суставах как обхватывающие (верхние), так и обхватываемые (нижние) суставные фасетки не покрывают целиком всей поверхности суставных отростков. Соприкасающиеся суставные поверхности составляют всего 1/3 поверхности суставных отростков. Межпозвонковые поясничные диски также имеют характерные особенности. Задняя полуокружность фиброзного кольца более рыхлая и слабее передней. А желатинозное ядро в поясничном отделе смещено кзади в межпозвонковом диске и расположено на границе задней и средней трети диска. Задняя продольная связка, в отличие от передней, плотно прикреплена не к позвонкам, а к дискам. Длинная надостная связка, соединяющая вершины остистых отростков между 5 поясничным позвонком и крестцом часто отсутствует.

Таким образом, эти анатомические особенности пояснично-крестцового отдела при неблагоприятной биомеханической ситуации позвоночника могут способствовать формированию спондилогенных заболеваний.

**ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВ ФНО-а, ИЛ-1 И  
ИЛ-2 У БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНЫМИ  
БОЛЯМИ ПРИ ПОЗВНОЧНОМ  
ОСТЕОХОНДРОЗЕ**

Торчинов И.А.

*Северо-Осетинская государственная  
медицинская академия  
Владикавказ, Россия*

В настоящее время в этиопатогенезе позвоночных болей большое значение отводится остеохондрозу позвоночника. Одной из ведущих теорий происхождения остеохондроза является аутоиммунная теория. С целью определения изменений в звене клеточного иммунитета при развитии остеохондроза позвоночника были исследованы провоспалительные цитокины у 20 больных со стойкими поясничными болями и явлениями остеохондроза на спондилограммах и при МРТ позвоночника. Возраст больных колебался от 21 года до 60 лет. В сыворотке крови больных определялось количество цитокинов фактора некроза опухоли (ФНО-а), интерлейкина-1 (ИЛ-1) и интерлейкина-2 (ИЛ-2). Содержание ФНО-а в сыворотке крови больных в среднем составило  $5,3 \pm 0,2$  пг/мл; ИЛ-1- $113,2 \pm 20,4$  пкг/мл; ИЛ-2- $350,6 \pm 18,5$  пкг/мл. Для сравнения было проведено иммунологическое обследование 10 практиче-