Восканян Л.Р., ассистент,
Алтайский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения РФ

ВНУТРИВЕННАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЭЛЕКТРОПУНКТУРОЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМИ РАДИКУЛОПАТИЯМИ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

Аннотация: в статье отражены результаты лечения 140 больных с радикулопатиями пояснично-крестцового отдела в стадии обострения. Внутривенная лазерная терапия и электропунктура способствует нормализации артериального и венозного кровообращения в нижних конечностях и восстановлению нейрососудистых нарушений в них.

Ключевые слова: внутривенная лазерная терапия, поясничные радикулопатии, нейрососудистые нарушения, электропунктура

Введение:

На почве дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике возникают вертебральные и экстравертебральные синдромы. Среди последних наибольшие затруднения в лечении представляют корешковые синдромы пояснично-крестцового уровня (радикулопатии). В настоящее время разработаны схемы лечения пояснично-крестцовых радикулопатий (ПКР) в стадии обострения, включающие медикаментозную терапию, ортопедические мероприятия, рефлексотерапию, мануальную терапию, массаж, лечебно-медикаментозные блокады, физиотерапию [1, 8, 5]. Однако, несмотря на такое многообразие методов, лечения хороший терапевтический эффект удается достичь лишь у 62,5% больных.

Обусловлено это тем, что кроме нервных корешков, мышц и связок в процесс вовлекается артерии и вены сопровождающие спинно-мозговые корешки, а так же нарушается кровоток в поражённой конечности за счет мышечного спазма. Поэтому поиск новых методов комплексного лечения больных с пояснично-крестцовыми радикулопатиями в стадии обострения является актуальной задачей.

Целью исследования явилась разработка и оценка эффективности использования лечебного комплекса, включающего внутривенное лазерное освечивание крови (ВЛОК) и электропунктуру по биологически-активным точкам в лечении больных пояснично-крестцовыми радикулопатиями в стадии обострения.

Материал и методы:

Под нашим наблюдением находилось 140 пациента с ПКР проходивших лечение в неврологическом отделении отделенческой клинической больницы ст. Барнаул в период обострения в возрасте от 20 до 65 лет (средний возраст 48,4 ± 5,6). Мужчин было 43,6%, женщин – 56,4%.

Исследования проводились в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных и медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. №266. От всех пациентов получено информированное согласие.

Всем больным проводилось общепринятое неврологическое и специальное вертеброневрологическое обследование по методикам, разработанным Попелянским Я.Ю. [1983] и Хабировым Ф.А. [2006].

Наличие нейрососудистых нарушений выявляли с помощью специальных проб: Гофмана – Самуельса, Ланнел – Левастина, Опеля –Вербова. Всем больным проводилась нейровизуализация пояснично-крестцового отдела позвоночника. Компрессия корешка L4 выявлена у 10, корешка L5 у 51, и корешка S1 у 79 больных.

Выраженность кинических проявлений до лечения оценивали по коэффициенту вертебрального синдрома (КВС) включающего исследование подвижности в поясничном отделе позвоночника, напряжение паравертебральных мышц, наличие анталгических поз. О выраженности экстравертебрального синдрома судили по индексу альготонуса. (табл. 1)

Таблица 1

Выраженность кинических проявлений до лечения

Клинические симптомы	Количество больных	
	абс	%
Ограничение объема движений	140	100
Анталгический сколиоз	80	57,2
Напряжение паравертебральных мышц	140	100
Болезненность при пальпации остистых отростков и паравертебральных точек	140	100
Симптомы натяжения	140	100
Нейрососудистые нарушения	140	100

Выраженность общего болевого синдрома оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) по десятибалльной системе. До лечения он составлял 8,2 ±0,8 балла. Индекс альготонуса (ИАТ) был равен 10,5±1,7 балла, что соответствовало тяжелой степени.

Для решения поставленной цели больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и клиническим проявлениям заболевания. Первую группу составили 60 пациентов получивших терапию по общепринятым стандартам. Во вторую группу вошли 80 больных которым вместо физиолечения проводилось внутривенное лазерное освечивание крови (ВЛОК) и электропунктура по биологически активным точкам.

Использовались точки в зоне пораженного двигательного сегмента (Т-14; V-10, 11; Т-3,4; V-23, 25, 31-34), точки ножных меридианов (VB30, V60, VB34, V40, V57 и др.) с учетом топики клинических проявлений. Для усиления эффекта принимались точки общего действия Р7, GI1, 11,14, Е36, RP6, VB36, VB35, RP 6,7. На сеансе использовалось 3-4 сегментарных и 1-2 точки общего действия. Курс лечения составлял 10 сеансов с частотой 3 раза в неделю. Лечение проводилось на аппарате электропунктуры «РЭФИ». Применялся ток силой 200-300 мА, частота составляла 10-20 Гц, время воздействия 10-15 минут. Такой порядок работы позволял улучшить кровообращение в периферических сосудах, снять спазм в них, уменьшить болевой синдром и нормализовать деятельность различных отделов вегетативной нервной системы (Табеева Д.М., 1992; Барашков Г.Н., 1995; Собецкий В.В., 2003; Соломатов В.Г., 2004).

Внутривенное лазерное освечивание крови (ВЛОК) проводилось на лазерном терапевтическом аппарате «Матрикс-ВЛОК» который позволяет осуществлять воздействие с длиной волны излучения 0,63 мкм, мощностью излучения на конце световода 1,5-2 мВт время воздействия составляло 20 мин на сеанс. Курс состоял из 10 сеансов проводившихся ежедневно.

Такой комплексный подход способствует к воздействию на различные звенья патогенеза пояснично-крестцовых радикулопатий: уменьшает ноцецептивную реакцию, устраняет мышечный спазм, нормализует периферическую гемодинамику.

Результаты исследования:

Общая оценка клинической эффективности представлена в табл. 2.

Таблица 2

Оценка клинической эффективности

Группы больных	Значительное улучшение		Улучшение		Незначительное улучшение		Без эффекта		Ухудшение	
	абс	% (M±m)	абс	% (M±m)	абс	% (M±m)	абс	% (M±m)	абс	% (M±m)
Первая	24	40,0±2,9	33	55,0±4,1	2	3,3	1	1.6±0.3	-	-
Вторая	60	75,0±8,1*	15	18,7±2,0*	5	6,2±0,6*	-	-	-	-

** – Достоверность различий показателей больных первой и второй групп (p<0,05)*

Из таблицы следует, что исходы лечения у больных второй группы были существенно лучше, чем в первой. Достоверно увеличилось число больных со значительным улучшением и уменьшилось количество больных у которых лечение было мало эффективным.

Оценка клинико-неврологической симптоматики после лечения представлена в табл. 3.

Таблица 3

Неврологическая симптоматика после лечения

Клинические симптомы	1 группа (n=60)				2 группа (n=80)			
	До лечения		После лечения		До лечения		После лечения	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Ограничение объема движений	60	100	8	13,3	80	100	6	7,5*
Анталгический сколиоз	40	66,6	6	10,0	50	62,5	7	8,7*
Напряжение паравертебральных мышц	60	100	16	26,6	80	100	7	8,7*
Болезненность при пальпации остистых отростков и паравертебральных точек	60	100	9	31,6	80	100	15	18,7*
Симптомы натяжения	60	100	8	13,3	80	100	6	7,5*
Нейрососудистые нарушения	60	100	14	23,3	80	100	10	12,5*

** – Достоверность различий показателей больных первой и второй групп после лечения (p<0,05)*

Данные таблицы свидетельствуют о том ,что у больных второй группы эффективность лечения была значительно выше чем у пациентов первой группы. Изменения в неврологическом статусе сохранялись у 31,6% больных первой и 18,7% – второй группы. Чаще всего выявлялись болезненность при пальпации остистых отростков и напряжение паравертебральных мышц.

Исследование выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ и по индексу альготонуса представлено в табл. 4.

Таблица 4

Выраженность болевого синдрома до и после лечения

Симптомы	Группы больных				P
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
ИАТ (баллы)	10,5±1,7	4,2±0,4	10,5±1,7	2,4±0,2	p<0,05
ВАШ (баллы)	8,2±0,8	3,4±0,3	8,2±0,8	1,2±0,2	p<0,05

P – Достоверность различий показателей больных первой и второй групп (p<0,05)

Из таблицы следует , что болевой синдром был значительно менее выражен у пациентов второй группы. Так и значения показателей ИАТ и ВАШ часто встречаются у практически здоровых людей (Веселовский В.П. Хабиров Ф.А).

Выраженность нейрососудистых нарушений после лечения представлена в табл. 5.

Таблица 5

Нейрососудистые нарушения в ногах после лечения

Симптомы	1 группа (n=60)		2 группа (n=80)		P
	После лечения		После лечения		
	абс	% (M±m)	абс	% (M±m)	
Проба Гольдфламма-Самуэльса	6	1.0±1.1	4	5,0±0.5	<0,05
Проба Ланьел–Левастина	10	16.6±1.9	5	6.2±0.6	<0,05
Проба Опеля–Вербова	5	8.3±1.2	4	5,0±0,5	<0,05

P – Достоверность различий показателей больных первой и второй групп (p<0,05)

Нейрососудистые расстройства в ногах на больной стороне сохранялись у 13 (21,6%) больных первой группы и 9 (11,2%) пациентов второй группы (табл. 5).

Таким образом, проведенное исследование показывает высокую эффективность комплекса включающего внутривенное лазерное освечивание крови (ВЛОК) и электропунктуру по биологически-активным точкам в комплексном лечения больных пояснично-крестцовыми радикулопатиями в стадии обострения. Применение этого комплекса спасобствует почти полному регрессу болевого синдрома, нормолизации вертеброневрологического статуса и изчезновению периферических нейрососудистых нарушений.

Литература

1. Агасаров Л.Г. Руководство по рефлексотерапии: Учебное пособие для врачей. М. 2000. 303 с.
2. Антонов И.П. Вопросы классификации и формулировка диагноза вертеброгенных (спондилогенных) заболеваний нервной системы Периферическая нервная система. Минск, 1983. 6. С. 49 – 56.
3. Благодатский М.Д. Диагностика и лечение дискогенных пояснично–крестцового радикулита. Иркутск, 1987. С. 19
4. Болевые синдромы в неврологической практике / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, А.Б. Данилов, и др. М.: МЕДпресс, 1999. 372 с.
5. Клиническая классификация вертеброневрологических синдромов / В.П. Веселовский, А.П. Ладыгин, О.С. Кочергина // Неврол вестн. 1995. №27 (3-4). С. 45 – 50.
6. Гейниц А.В., Москвин С.В., Ачилов А.А. Внутривенное лазерное облучение крови. М.: Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2012.
7. Гейниц А.В., Москвин С.В. Новые технологии внутривенного лазерного облучения крови: «ВЛОК+УФОК» и «ВЛОК-405». М.: Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2010.

References

1. Agasarov L.G. Rukovodstvo po refleksoterapii: Uchebnoe posobie dlja vrachej. M. 2000. 303 s.
2. Antonov I.P. Voprosy klassifikacii i formulirovka diagnoza vertebrogennyh (spondilogennyh) zabolevanij nervnoj sistemy Perifericheskaja nervnaja sistema. Minsk, 1983. 6. S. 49 – 56.
3. Blagodatskij M.D. Diagnostika i lechenie diskogennyh pojasnichno–krestcovogo radikulita. Ir-kutsk, 1987. S. 19
4. Bolevye sindromy v nevrologicheskoj praktike / A.M. Vejn, T.G. Voznesenskaja, A.B. Danilov, i dr. M.: MEDpress, 1999. 372 s.
5. Klinicheskaja klassifikacija vertebronevrologicheskih sindromov / V.P. Veselovskij, A.P. Ladygin, O.S. Kochergina // Nevrol vestn. 1995. №27 (3-4). S. 45 – 50.
6. Gejnic A.V., Moskvin S.V., Achilov A.A. Vnutrivennoe lazernoe obluchenie krovi. M.: Tver': OOO «Izdatel'stvo «Triada», 2012.
7. Gejnic A.V., Moskvin S.V. Novye tehnologii vnutrivennogo lazernogo obluchenija krovi: «VLOK+UFOK» i «VLOK-405». M.: Tver': OOO «Izdatel'stvo «Triada», 2010.

Voskanyan L.R.*, *Assistant Professor,
Altai State Medical University

INTRAVENOUS LASER THERAPY COMBINED WITH ELECTROPUNCTURE IN A COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH LUMBAR-SACRAL RADICULOPATHY IN THE ACUTE STAGE

Abstract: this article features the treatment results of 140 patients with lumber radiculopathy during exacerbation stage. Intravenous laser therapy and elektropuncture promotes arterial and venous blood circulation normalization in lower extremities and recovery of neurovessel disorders.

Keywords: intravenous laser therapy, lumbar radiculopathy, neurovascular disorders