

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЕЙ

С.К. Макина, Л.Г. Агасаров

ФГБУ РНЦ «Медицинская реабилитация и курортология» Минздравсоцразвития России (г. Москва)

Optimization of complex therapy of dorsopathy patients

S.K. Makina, L.G. Agasarov

FSBI RSC "Medical rehabilitation and balneology" MH and SD Russia (Moscow, Russia)

РЕЗЮМЕ

Целью работы являлась оптимизация лечения больных с дорсопатией на пояснично-крестцовом уровне путем сочетания биорезонансной терапии и локального введения хондропротектора Алфлутоп. В ходе исследования установлена высокая результативность предложенного терапевтического подхода. Этот факт подтверждается отчетливым улучшением показателей физического и психического состояния больных, достоверно превосходя в этом отношении характеристики сравниваемых лечебных групп.

Ключевые слова: дорсопатии, адаптивная биорезонансная терапия, хондропротектор Алфлутоп.

RESUME

The aim of the study was to optimize the treatment of patients with dorsopathy at the lumbosacral level through a combination of bioresonance therapy and local injection chondroprotector Alflutop. The study established the high effectiveness of the proposed therapeutic approach. This fact is confirmed by the distinct improvements in physical and mental condition of patients, significantly surpassing corresponding parameters of the comparison treatment groups.

Keywords: dorsopathy, adaptive bioresonance therapy, chondroprotector Alflutop.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно статистическим данным, удельный вес дорсопатий на пояснично-крестцовом уровне составляет 30 % от общей заболеваемости и свыше 80 % от болезней периферической нервной системы [1,4]. При этом к важным патогенетическим факторам формирования дорсопатий относят миофасциальные болевые синдромы с характерным наличием триггерных пунктов [5, 6].

Указанный феномен также во многом способствует терапевтической резистентности вертеброгенных синдромов. Дополнительно к этому, частота негативных эффектов стандартного лечения данного контингента определяет целесообразность разработки эффективных и безопасных методов воздействия [1]. К подобным методам воздействия следует отнести адаптивную биорезонансную терапию (БРТ), базирующуюся на использовании слабоинтенсивных импульсных низкочастотных электрических сигналов [2].

Другим результативным способом лечения больных с вертеброгенными синдромами является фармакопунктура – локальное введение

медикаментов в акупунктурные, триггерные и другие пункты, обеспечивая сложение лекарственного и рефлекторного эффектов. Среди препаратов, применяемых методом фармакопунктуры в случае дорсопатий, наше внимание привлёк хондропротектор Алфлутоп [3].

Отсутствие в доступной литературе сведений о возможном сочетании биорезонансной терапии и локального введения Алфлутопа при дорсопатиях и обусловило проведение настоящего исследования, посвященного анализу терапевтических возможностей предложенного комплекса.

МАТЕРИАЛ (КОНТИНГЕНТ), МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Исследование носило открытый контролируемый характер. Под наблюдением находилось 110 больных (71 женщина и 39 мужчин) с дорсопатией на пояснично-крестцовом уровне, при доминировании мышечного компонента процесса. Возраст обследуемых колебался от 27 до 62 лет (в среднем $43,1 \pm 5,2$), длительность заболевания – от 1 до 8 лет (в среднем $3,7 \pm 2,4$), настоящего рецидива – от 1 до 5 месяцев (в среднем $2,5 \pm 0,9$).

Таблица 1

Сопоставимая результативность лечения в группах больных

Группы больных	Состояние							
	Значительное улучшение		Улучшение		Без эффекта		Ухудшение	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-я (n = 30)	8	26,6	12	40	10	33,4	—	—
2-я (n = 30)	5	16,6	13	43,3	11	36,8	1	3,3
3-я (n = 30)	12	40	12	40	5	16,7	1	3,3
Сравнения (n = 20)	4	20	7	35	9	45	—	—

Примечание: n – число наблюдений

Данные неврологического осмотра сопоставляли, в зависимости от тяжести поражения, с результатами рентгенографии, компьютерной или магнито-резонансной томографии. Степень мышечных расстройств характеризовал индекс мышечного синдрома (ИМС), с оценкой уровня и иррадиации спонтанных болей, тонуса мышц и др. В цифровом исчислении легкая степень ИМС

суммарно не превышала 5 баллов, средняя – от 5 до 12 баллов; тяжелая – более 12 баллов.

Всем больным проводили анкетирование с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), опросника Роланда-Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности». Также выполняли оценку уровня жизнедеятельности – согласно опроснику Освестри (ODI), а также психологическое тестирование с использованием цветового теста Люшера. Полученные данные были дополнены показателями Шкалы общего клинического впечатления, выделяя следующие позиции – ухудшение, отсутствие эффекта, незначительно выраженный, умеренный и значительный эффект. Исследования выполняли дважды – исходно и по завершению терапии.

В лечебной фазе больные были распределены на четыре рандомизированные группы – три основные, каждая из 30 человек, и одну сравнения, состоящую из 20 лиц. Во всех группах использовали базовую терапию, включающую медикаментозное воздействие (по показаниям – анальгетики, нестероидные противовоспалительные и др. средства), приемы мануальной терапии и лечебную физкультуру.

Дополнительно к этому, в 1-й группе применяли БРТ (аппарат «ИМЕДИС-БРТ-А», Россия), во 2-й – введение Алфлутопа («Биотехнос», Румыния) в триггерные точки, до 4–5 пунктов на процедуру. В 3-й группе использовали комплекс из БРТ и локальных инъекций Алфлутопа. Лечебный курс в этих группах состоял из 10 процедур, проводимых 3 раза в неделю. В группе сравнения воздействие ограничивалось только указанной базовой терапией.

Эффективность проводимого лечения оценивали на основании динамики клинико-инструментальных показателей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате терапии во всех группах наблюдалась тенденция к нормализации нев-

рологического статуса. Это проявлялось регрессом, в различной степени, двигательных и чувствительных нарушений, вегетативно-трофических расстройств и восстановлении функциональной активности пациентов.

Однако в ходе сопоставительного анализа эффективности установлено достоверное ($p < 0,05$) превосходство комплекса, объединяющего БРТ и локальное введение Алфлутопа над другими группами. В частности, общая результативность в данной, 3-й группе составила 80 % наблюдений – против 55–66 % в сравниваемых группах, что нашло отражение в табл. 1.

С целью детализации наблюдаемых эффектов фиксировали динамику алгического синдрома – как одного из грозных проявлений заболевания. При этом, согласно характеристикам ВАШ, во всех группах отмечена высокая результативность противоболевой стимуляции. Тем не менее, достоверные ($p < 0,05$) положительные сдвиги данный показатель претерпевал именно в 3-й группе, снижаясь с 6,4 до 1,4 единиц. Наблюдаемый в других группах регресс уровня ВАШ был не столь ($p > 0,05$) выражен.

Сходные изменения претерпевали результаты опросника Роланда-Морриса – уровень самооценки боли пациентами всех групп снижался в среднем на 70–75 % ($p < 0,05$). Однако, как и в предыдущем примере, наибольший регресс болевых ощущений отмечался у пациентов 3-й группы, превосходя (недостоверно, $p > 0,05$) показатели сравниваемых групп (табл. 2).

Представленные данные коррелировали со сведениями опросника ODI об уровне повседневного физического функционирования больных: суммарное количество баллов здесь варьирует от 0 «наилучший уровень» до 50 – «наихудший уровень». Улучшение качества жизни наблюдалось во всех группах (снижение в среднем с 30 до 12 баллов), однако максимально (с 31,5 до 8,5 баллов, $p < 0,05$) в случае комплексного воздействия. Детально сдвиги

Таблица 2

**Динамика показателей опросника
Роланда-Морриса больных (в баллах)**

Группы	Исходно	После лечения
1-я (n = 30)	12,3 ± 2,2	2,9 ± 1,1*
2-я (n = 30)	12,3 ± 2,3	3,1 ± 1,2*
3-я (n = 30)	12,6 ± 2,2	2,1 ± 1,1*
Сравнения (n = 20)	12,2 ± 2,1	3,3 ± 1,2*

Примечание: n – число наблюдений; * – достоверность (p < 0,05) изменений.

оцениваемых показателей отражены в табл. 3.

В клиническом плане особое внимание уделяли миофасциальным нарушениям, ориентируясь на ИМС. Исходно ИМС у 34 больных (31 %) определяли как выраженный (12,5 ± 0,2 балла) и у 76 лиц (69 %) – как средний (7,6 ± 0,2 балла). К середине лечебного курса индекс во всех группах снижался вдвое, а к завершению – вчетверо. Однако наиболее отчетливые изменения (от 12,9 ± 2,1 до 2,1 ± 0,2 баллов, p < 0,05) этот показатель претерпевал в 3-й группе, в ответ на комплексное воздействие.

Психологическое тестирование с использованием теста Люшера исходно выявило нарушение эмоциональной стабильности и тревожность обследуемых больных. В лечебной фазе установлено, что в 3-й группе эти расстройства подвергались редукции в 69 % наблюдений, тогда как в других группах – в пределах 54 % (различия между группами статистически незначимы).

В качестве звена, объединяющего представленные результаты, использована Шкала общего клинического впечатления. И здесь, в случае комплексного воздействия, в отличие от других групп, значимого улучшения состояния больных достигало максимума (табл. 4). При анализе других сведений, представленных в таблице, наблюдаемые 5 (25 %) случаев ухудшения в группе сравнения могут объясняться побочным влиянием нестероидных противовоспалительных препаратов – обусловленным гастропатией.

ВЫВОДЫ

Результаты выполненного исследования показали перспективы применения при дорсопатиях реабилитационного комплекса, объединяющего адаптивную БРТ и локальное введение Алфлутопа. Этот факт подтверждается отчетливым улучшением показателей физи-

Таблица 3

**Динамика показателей опросника ODI
о больных (в баллах)**

Группы	Исходно	После лечения
1-я (n = 30)	31,3 ± 2,5	12,3 ± 1,4
2-я (n = 30)	30,4 ± 2,3	12,0 ± 1,3
3-я (n = 30)	31,5 ± 2,2	8,5 ± 1,6*
Сравнения (n = 20)	31,2 ± 2,7	12,3 ± 1,5

Примечание: n – число наблюдений; * – достоверность (p < 0,05) изменений.

Таблица 4

**Динамика показателей Шкалы общего клинического
впечатления больных (в %)**

Группы	Показатели				
	Ухудшение	Без эффекта	Незначит. эффект	Умеренный эффект	Значит. эффект
1-я (n = 30)	–	–	19	65,7	15,3
2-я (n = 30)	–	–	18	68,7	13,3
3-я (n = 30)	–	–	13,3	50	36,7
Сравнения (n = 20)	25	–	15	55	5

ческого и психического состояния больных, превосходя в этом отношении характеристики пациентов сравниваемых групп.

При этом, включение в терапевтический комплекс БРТ позволяет уменьшить медикаментозные нагрузки, предупреждая аллергизацию пациентов и снижая потребность в нестероидных противовоспалительных средствах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агасаров Л.Г. Технологии восстановительного лечения при дорсопатиях. Учебное пособие. 2-ое. изд. – М., 2010.
2. Готовский М.Ю., Перов Ю.Ф., Чернецова Л.В. Биорезонансная терапия. 2-ое. изд. – М., 2010.
3. Левин О.С. Эффективность Алфлутопа при хронической вертеброгенной люмбаишиалгии по данным двойного слепого плацебо-контролируемого исследования // Ревматология. – 2004. – №4. – С. 80–84.
4. Мосейкин И.А. Особенности болевых синдромов у больных с дорсопатией пояснично-крестцового отдела позвоночника // Вертеброневрология. – 2008. – № 1-2 – С. 56–59.
5. Путилина М.В. Вертеброгенный болевой синдром // Медицинский совет. – 2009. – №3. – С. 44–52.
6. Arnau J.M., Vallano A., Lopez A., Pellise F., Delgado M.J., Prat N. A critical review of guidelines for low back pain treatment // Eur. Spine J. – 2006. – V.15, N.5. – P. 543–553.

Адрес автора

Д.м.н., профессор Агасаров Л.Г., зав. отд. рефлексотерапии и традиционной медицины ФГБУ «РНЦ медицинской реабилитации и курортологии» МЗиСР РФ
asto4ka@mail.ru