

# ИНТЕРФЕРЕНЦЭЛЕКТРОПУНКТУРА ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЯМИ

Бойцов И.В.

*ООО «Спектрально-динамические системы»,  
г. Минск, Беларусь*

**Введение.** Распространенность вертеброгенных нарушений может сравниться лишь с сердечнососудистыми поражениями, практически около трети взрослого населения имеет те или иные проявления вертеброгенной патологии [1]. При нарушении микроциркуляции в тканях позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) на фоне усиления или ослабления симпатического влияния в зоне ПДС развивается тканевая гипоксия [4]. Поэтому одним из основных условий эффективной патогенетической терапии дорсопатий является восстановление симпатического обеспечения тканей поврежденных ПДС. Консервативные методы в большинстве наблюдений остаются основными для лечения пациентов с вертеброгенной патологией [5].

**Цель работы** – обоснование и разработка методологии применения интерференцэлектростимуляции в комплексном лечении пациентов с дорсопатиями.

**Объекты и методы.** В группы наблюдения входили 42 человека с дорсопатиями (25 мужчин и 17 женщин в возрасте от 21 до 43 лет). Все пациенты в зависимости от характера поражения позвоночно-двигательных сегментов были отнесены к первой или второй группе: первая группа – 23 пациента (14 мужчин и 9 женщин) имели функциональные блокады в области ПДС с наличием сегментарных мышечно-тонических синдромов; вторая группа – 19

пациентов (11 мужчин и 8 женщин) имели грыжи межпозвонковых дисков на фоне дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника. Характер поражения ПДС определяли на основании данных магнитно-резонансной томографии и мануального исследования. Характер и степень нарушения симпатического обеспечения ПДС определяли по результатам динамической сегментарной диагностики (ДСД-тестирования) [3].

Для восстановления симпатического обеспечения тканей на сегментарном уровне заинтересованного ПДС была использована интерференцтерапия, которая в зависимости от параметров электрического тока, обладает симпатолитическим или симпатостимулирующим действием на глубоко расположенные ткани [2, 4]. При мышечно-тонических синдромах на фоне повышенной интенсивности кожных симпатических реакций (КСР) с целью симпатолитического действия интерференцтерапию проводили с частотами 90-100 Гц, длительность каждой процедуры составляла 10-15 минут. При наличии межпозвонковых грыж на фоне дегенеративно-дистрофических процессов в области ПДС и снижения интенсивности КСР с целью стимуляции вегетотрофического обеспечения тканей ПДС интерференцтерапию проводили с частотами 1-10 Гц, длительность каждой процедуры составляла 5-10 минут. Число процедур, необходимых на курс лечения, и параметры электрического тока определяли по результатам ДСД-тестирования.

Электроды размером 2x3 см устанавливали паравертебрально справа и слева на уровне остистых отростков на середине расстояния от заднесрединной линии и линии, проведенной вдоль медиального края лопатки (внутренняя ветвь меридиана мочевого пузыря). Верхнюю пару электродов устанавливали на уровне позвонка, расположенного над верхним позвонком заинтересованного ПДС. Нижние электроды устанавливали следующим образом: для поясничного отдела позвоночника – на уровне позвонка, расположенного под нижним позвонком заинтересованного ПДС; для шейного и грудного регионов из-за их анатомических особенностей – на уровне нижнего позвонка заинтересованного ПДС.

Особенностью установки электродов являлось то, что интерференция токов осуществлялась на сегментарном уровне заинтересованного ПДС в центре углубления под остистым отростком его верхнего позвонка в области соответствующей биологически активной точки заднесрединного меридиана.

По нашему мнению, представленный выше подход к интерференцтерапии патологически измененных

позвоночно-двигательных сегментов с установкой электродов с учетом расположения биологически активных точек в области заинтересованного ПДС, может быть обозначен как интерференцэлектростимуляция (ИФЭП).

По результатам настоящего исследования при использовании интерференцэлектростимуляции интенсивность сегментарных кожных симпатических реакций, оцениваемая по коэффициентам отклонения показателей вегетативного обеспечения деятельности [3], с достоверностью  $p < 0,05$  восстановилась до нормы у всех 23 пациентов первой группы наблюдения и у 17 (89%) пациентов второй группы. Так у 8 (35%) лиц первой группы с мышечно-тоническим синдромом в области заинтересованного ПДС коэффициенты отклонения стали физиологическими после пяти процедур, а у 15 (65%) пациентов этой группы - после 10 процедур. Во второй группе наблюдения у 12 (63%) пациентов с грыжей межпозвонокового диска симпатическое обеспечение тканей заинтересованного ПДС восстановилось до нормы после 10 процедур ИФЭП, у 5 (26%) пациентов этой группы – после 15 процедур, а у 2 (11%) пациентов второй группы после 15-й процедуры интенсивность КСР на уровне заинтересованных ПДС оставалась ниже нормы при коэффициентах отклонения -1,54 и -1,37 соответственно.

**Заключение.** Интерференцэлектростимуляция под контролем динамической сегментарной диагностики в комплексном лечении пациентов с дорсопатиями позволяет с высокой эффективностью восстанавливать вегетативное обеспечение тканей патологически измененных ПДС.

#### Литература.

1. Антонов, И.П. Профилактика неврологических проявлениях поясничного остеохондроза: промежуточные итоги, нерешенные вопросы и некоторые методологические аспекты / И.П. Антонов, Э.В. Барабанова // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – Т. 98. – № 12. – С. 4-8.
2. Боголюбов, В.М. Общая физиотерапия / В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко. – М., СПб, 1997. – 480 с.
3. Бойцов, И.В. Способ определения степени симпатического обеспечения позвоночно-двигательных сегментов / И.В. Бойцов // Заявка на изобретение № 20111321 от 11.10.2011. Положительное решение предварительной экспертизы от 29.12.2011. – Мянск: Национальный Центр интеллектуальной собственности, 2011. – 12 с.
4. Бойцов, И.В. Тестирование кожных симпатических реакций у больных с дорсопатиями шейного отдела позвоночника / И.В. Бойцов, А.Г. Полякова // Справочник врача общей практики. – 2012. – № 2.
5. Улащик, В.С. Физиотерапия в современной медицине, ее достижения и перспективы развития / В.С. Улащик // Вопр. курортологии физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2003. – № 1. – С. 9-18.