

Г. И. МИРЗОЯН, А. В. СТЕПАНЯН, С. М. АЛАВЕРДЯН

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ РАДИКУЛИТАХ

Метод лечения ультразвуком (УЗ), являющийся сравнительно новым и в то же время весьма эффективным методом, введен в медицинскую практику сравнительно недавно. Впервые УЗ был применен с лечебной целью при воспалении седалищного нерва Р. Польманом в 1938 г. (цит. по Байеру и Дернеру [1]). С точки зрения авторов, УЗ оказывает своеобразное микромассирующее действие, которое способствует снижению возбудимости в нервном стволе и обезболиванию.

За последние годы УЗ стал широко применяться во всех областях медицины: неврологии, терапии, хирургии, дерматологии, при лечении детских заболеваний и т. д. По данным ряда авторов [2, 3, 8 и др.], ультразвуковая терапия в сочетании с десенсибилизирующей оказывает положительное действие при пояснично-крестцовых радикулитах. Так, М. С. Куриленко и Г. Р. Хоменко [2] лечили УЗ 63 больных с различными заболеваниями периферической нервной системы и у 52 из них после двух курсов ультразвуковой терапии получили положительные результаты. Н. В. Пенек [7], применив УЗ при лечении 97 больных с пояснично-крестцовым радикулитом, получил положительный эффект в половине случаев.

Эффективность ультразвуковой терапии сводится к тому, что он оказывает противовоспалительное, болеутоляющее, сосудорасширяющее и антиспастическое действие.

Н. П. Крылов и В. И. Рокитянский [3] экспериментально доказали, что УЗ, воздействуя на рецепторные окончания в тканях, способствует восстановлению нормального тонуса сосудов, тем самым улучшая кровоснабжение конечностей и оказывает антиспастическое действие на сосуды.

Исходя из этих соображений, мы поставили перед собой задачу включить УЗ в комплекс лечебных мероприятий при пояснично-крестцовых радикулитах.

Под нашим наблюдением было 117 больных с вторичным пояснично-крестцовым радикулитом в возрасте от 25 до 60 лет, из них мужчин было 59, женщин—58. Давность заболевания: от 1 до 6 мес.—54 больных, от года до 5 лет—38, свыше 5 лет—25.

Учитывая клиническую картину и степень выраженности изменения костно-связочного аппарата, больные были подразделены на две группы: I—пояснично-крестцовые радикулиты с выраженным болевым синдромом.

мом без выпадения функции нерва. У больных этой группы рентгенологически отмечались нерезко выраженные явления спондилоза и спондилоартрита (62 наблюдения); II—пояснично-крестцовый радикулит при наличии, помимо болевого синдрома, симптомов выпадения функции нерва в виде понижения или отсутствия ахиллова рефлекса, нарушения чувствительности корешкового типа, атрофии мышц голени и бедра и ряда вазомоторно-секреторных нарушений. У этой группы больных со стороны позвоночника рентгенологически выявлены более резкие изменения — выраженный деформирующий спондилоартроз, остеохондроз, выпадение межпозвоночного диска и перелом поясничных позвонков (55 наблюдений).

В генезе пояснично-крестцовых радикулитов мы придаем важное значение и сосудистому фактору. Имеющиеся изменения со стороны костно-связочного аппарата позвоночника не могут не вызывать сужения и деформации межпозвоночных отверстий между IV и V поясничными и между V поясничным и I крестцовым позвонками. Вследствие этого в одних случаях имеет место раздражение, в других—ущемление не только проходящих между указанными позвонками нервных корешков и волокон, из которых слагается сам седалищный нерв, но и сосудодвигательных волокон, питающих нерв, что сопровождается сильным болевым синдромом и одновременно нарушением кровообращения самого нервного ствола.

На роль сосудистого фактора в генезе вторичных пояснично-крестцовых радикулитов, невритов и невралгии седалищного нерва указывают Д. А. Шамбуров [9], Г. И. Мирзоян [5] и др. Этот факт подтверждается и нашими данными. Так, у части больных было установлено похолодание, побледнение, цианотичность стопы на больной стороне, понижение или отсутствие пульсации артерии тыла стопы или, наоборот, гиперемия, повышение температуры кожи, потливость пораженной конечности. Для уточнения имеющихсся сосудистых изменений нами было проведено динамическое изучение данных капилляроскопии и осциллографии на симметричных участках голени больной и здоровой конечностей до и после лечения УЗ.

Наши исследования показали недостаточность капиллярного кровообращения (спазм—ишемия), а при осциллографии артерии голени отмечается понижение максимального, отчасти среднего давления, уменьшение осциллографического индекса и спастической формы осциллографической кривой.

Нами также установлено, что указанные сосудистые сдвиги особенно выражены на высоте болевого синдрома. При уменьшении или исчезновении болевого синдрома указанные сосудистые нарушения исчезают или уменьшаются. Надо полагать, что длительно протекающая боль сама по себе может вызвать спазм сосудов, питающих нерв, а длительный спазм, в свою очередь, может вызвать структурно-морфологические изменения в нерве и способствовать тем самым переходу невралгии в неврит. Если это так и если УЗ имеет свойство оказывать противовоспа-

лительное, сосудорасширяющее, антиспастическое и болеутоляющее действие, то применение этого метода при заболеваниях периферической нервной системы в комплексе с другими мероприятиями следует считать оправданным.

На основании литературных данных и результатов собственных наблюдений мы считаем, что самые разнообразные лечебные средства, применявшиеся при вторичных пояснично-крестцовых радикулитах, очень часто не дают должного эффекта.

Ультразвуковая терапия в комплексе с другими методами (витамины, аналгетики, противовоспалительные средства) проведена нами у 117 больных, диагноз которых был подтвержден после всестороннего клинического, рентгенологического, капилляроскопического и осциллографического обследований. Из них 56 выздоровели, у 48 наблюдалось улучшение, у 2—ухудшение, у 11 не наблюдалось перемен.

При лечении УЗ мы пользовались переносным аппаратом УЗ «УТП-1» по следующей методике. После предварительного смазывания кожи соответствующих зон вазелиновым маслом с помощью вибратора УЗ производили легкие поглаживающие и кругообразные движения по ходу нервных болезненных стволов паравертебрально по обе стороны корешков позвоночника. Мощность УЗ не превышала 0,2—0,8 см². Продолжительность воздействия на избранный участок тела—3—5 минут. Число полей воздействия при одной процедуре не превышало 2—3.

Процедуры проводились ежедневно или через день в зависимости от общей реакции организма и терапевтического эффекта. Курс лечения в среднем составлял от 8 до 15 процедур на каждый участок.

Проведенное лечение УЗ в комплексе с другими средствами у 62 больных первой группы вызывало уменьшение болевого синдрома после 4—5 и полное снятие болевого синдрома после 10—12 процедур. Параллельно с уменьшением болевого синдрома наступало выравнивание капилляроскопических и осциллографических показателей. Что касается больных II группы (55 больных) с давностью заболевания от одного года до 5 и более лет с явно выраженными изменениями со стороны костно-связочного аппарата и симптомами выпадения, то после дачи 8—10 процедур отмечалось уменьшение болевого синдрома без улучшения прочих клинических явлений.

На основании наших наблюдений мы приходим к выводу, что УЗ оказывает положительное действие в тех случаях, когда давность заболевания не превышает месяца, т. е. в остром и подостром периодах заболевания при отсутствии выпадения функции нерва и выраженных изменений со стороны костно-связочного аппарата.

Ի. Գ. ՄԻՐԶՈՅԱՆ, Հ. Վ. ՍՏԵՓԱՆՅԱՆ, Ս. Մ. ԱԼԱՎԵՐԴՅԱՆ

ԳՈՏԿԱՍՐԲԱՆԱՅԻՆ ՌԱԴԻՎՈՒԼԻՏՆԵՐԻ ԳԵՐՉԱՅՆԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Գերձայնը բուժման համեմատաբար նորագույն մեթոդ է, բայց էֆեկտիվ մեթոդ՝ պերիֆերիկ նյարդային համակարգության երկրորդային ախտահարումների ժամանակ: Այդ բուժման միջոցով կատարվում է միկրոմասաժ, որը մեծ դեր է խաղում նյարդային ցողունի գրգռողականության և գրգռների հաղորդման իջեցման գործում. միաժամանակ նա հանդիսանում է ցավը մեղմացնող միջոց: Այդ բուժման մեթոդը վերջին տարիներին սկսել են կիրառել բժշկության տարբեր բնագավառներում և ըստ մի շարք հեղինակների և մեր կողմից ստացված տվյալների՝ գերձայնային բուժումը մյուս դեպենսիբիլիզացնող միջոցների հետ կոմբինացված, երկրորդային գոտկասրբանային ռադիկուլիտների բուժման ժամանակ տալիս է բավական դրական արդյունք:

Մեր կողմից ուսումնասիրվել է 117 իհվանդ, որից 59-ը՝ տղամարդ, 58-ը՝ կին: Մեկից վեց ամիս վաղեմիությամբ տառապել է 54 հիվանդ, 1-ից 5 տարի վաղեմիությամբ՝ 38, և հինգ տարուց բարձր վաղեմիությամբ՝ 25 հիվանդ: Բոլոր հիվանդների մոտ էլ ռենտգենի միջոցով հայտնաբերվել են այս կամ այն չափի փոփոխություններ ողնաշարի կողմից (սպոնդիլոզ, սպոնդիլոարտրիտ, վիսկոզ, օստեոխոնդրոզ և այլն):

Մեր դիտողությունները ցույց են տալիս, որ գերձայնային մեթոդով բուժումը՝ կոմբինացված բուժման մյուս մեթոդների հետ, արագացնում է երկրորդային գոտկասրբանային ռադիկուլիտների բուժման ընթացքը, վերացնելով ինչպես ցավային սինդրոմը, այնպես էլ կլինիկական մյուս երևույթները:

Բավական է ասել, որ 117 հիվանդներից 56-ի մոտ տեղի է ունեցել առողջացում, 48-ի մոտ՝ լավացում և միայն 13-ի մոտ է մնացել անփոփոխ, կամ վիճակը վատացել է:

Ուստի, ելնելով գրականության մեջ եղած տվյալներից և մեր դիտողությունների արդյունքներից, եզրակացնում ենք, որ գերձայնային բուժման ձևը՝ կոմբինացված մյուս մեթոդների հետ, տալիս է ավելի լավ արդյունք և պետք է լայն կիրառություն գտնի երկրորդային պերիֆերիկ նյարդային համակարգության ախտահարումների ժամանակ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Байер В. И., Дернер Э. Ультразвук в биологии и медицине. М., 1958, стр. 156.
2. Куриленко М. С. и Хоменко Г. Р. Клиническая медицина, 1961, 4, стр. 123.
3. Крылов Н. П., Рокитянский В. И. Ультразвук и его лечебные применения. М., 1958, стр. 10.
4. Крылов Н. П. Здоровье, 1955, 6, стр. 27.
5. Мирзоян Г. И. Труды Ереванского медицинского института, II, 1960, стр. 385.
6. Пушкарева А. А. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, 1964, 4, стр. 337.
7. Пенек Н. В. Автореферат. Киев, 1961.
8. Сперанский А. П. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, 1962, 5, стр. 385.
9. Шамбуrow Д. А. Ишиас. М., 1954, стр. 165.