

40 человек, которые не прошли полный курс лечения ВТЭС ввиду краткосрочного пребывания в санатории, вновь приобретали путёвки, для повторного лечения именно этим методом, отмечая хорошую эффективность лечения. 236 человек из 300 отказались от других методов физиотерапии, отметив явное преимущество этого метода над другими. Все пациенты сочетали приём данного метода лечения с ваннами, душами, массажем и лечебной гимнастикой.

Таким образом, метод ВТЭС высоко эффективен, хорошо сочетается с методами бальнеотерапии и гидротерапии, позволяет сократить время лечения в 2-3 раза. Эффект лечения заметен уже после первой процедуры и держится длительное время. ВТЭС позволяет отказаться от медикаментозного лечения, что немаловажно во время лечения в санатории, повышенной аллергической настроенности населения. Метод ВТЭС, разработанный А.А. Герасимовым можно широко рекомендовать в санаторно-курортном лечении болевых и неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИКАНЕВОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ**

**(случай из практики)**

*Михайлин А.И.*

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Пациентка Е.В. 1943 года рождения с диагнозом остеоартроз левого коленного сустава 3 ст., синильный остеопороз, состояние после эндопротезирования правого коленного сустава (2008г.), правого тазобедренного сустава (2010г.). Остеопороз выявлен в марте 2010 года методом двухэнергетической абсорбциометрии: общая минеральная плотность костной ткани по Т-критерию составляла – 2,5; минеральная плотность проксимального отдела левой бедренной кости – 2,7 по Т-критерию (в зоне Wards -3,8); минеральная плотность позвонков поясничного отдела позвоночника в L1-L4 -1,8. Препараты кальция пациента не принимала, ограничивалась диетой продуктами богатые кальцием.

Обратилась 2.07.2011 г. с жалобами на боли в левом коленном суставе, боли в спине. Боли беспокоят более 6 месяцев. Передвигается при помощи костылей. При осмотре пациентки: правая нижняя конечность короче левой на 5 см. При пальпации определяется болезненность по внутренней и наружной поверхностям левого коленного сустава, мягкие ткани голени отёчные, остистые отростки L4 L5 S1 S2 S3 позвонков при пальпации болезненные. На день осмотра, руководствуясь методическими рекомендациям №98/232 НИИ традиционных методов лечения МЗ РФ (1999г.), проведена компьютерная диагностика по методу доктора Р.Фолля (АРМ ПЕРЕСВЕТ версия 5.3, Москва 2009). Выполнен компьютерный анализ костно-мышечной системы, входе которого определено: патологических точек – 73,3%, среднее отклонение показателей от коридора нормы в ед. шкалы Фолля (50-65 ед) 11,7 ед., электропунктурная патология – 60,1%. Проведена двухэнергетическая абсорбциометрия на остеоденситометре Lunar DRX GE-MS, при которой выявлены: общая минеральная плот-

ность; костной ткани по Т-критерию -3,0; минеральная плотность проксимального отдела левой бедренной кости -3,4 по Т-критерию (в зоне Wards -3,7); минеральная плотность позвонков поясничного отдела позвоночника в L1-L4 -1,9.

Внутрикостная электростимуляция (ВТЭС) выполнялась через день, чередуя воздействие на левый коленный сустав и позвонки пояснично-крестцового отдела. Лечение проводилось в соответствии с требованиями новой медицинской технологии №2001/115 (автор: д.м.н., профессор Герасимов А.А.) на аппарате ЭСП-01-«ВЕКТОР-МС» (по А.А.Герасимову).

После курса ВТЭС (9 процедур на коленном суставе и 6 процедур на позвонках) болезненность в области коленного сустава уменьшилась, исчезла отечность голени, перестали беспокоить боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Пациентка сменила костыли на трость. По результатам компьютерной диагностики и остеоденситометрии имеется улучшение показателей. Патологических электропунктурных точек – 50,0 %, среднее отклонение показателей от коридора нормы в ед. шкалы Фолля (50-65 ед.) 3,0 ед., электропунктурная патология – 21,6%; общая минеральная плотность костной ткани по Т-критерию -2,9; минеральная плотность проксимального отдела левой бедренной кости -3,3 по Т-критерию (в зоне Wards -3,5); минеральная плотность позвонков поясничного отдела позвоночника в L1-L4 -1,7. Таким образом, при лечении остеоартроза и остеохондроза позвоночника методом внутрикостной электростимуляции у пациента, страдающего остеопорозом отмечается повышение минеральной плотности костной ткани.

### **Вывод**

Терапевтический эффект внутрикостной электростимуляции заключается в смене патологической проприоцептивной импульсации на нормальную, что приводит к уменьшению патологической импульсации нервных центров, ответственных за рефлекторную деятельность, и выводит их из состояния очагового торможения. С повышением тонуса нервных центров восстанавливаются компенсаторные и адаптационные процессы в области поражённого отдела позвоночника и суставов. Под воздействием лечения значительно улучшается кровообращение поражённых тканей, увеличивается утилизация кислорода тканями, восстанавливается нормальная электрическая поляризация тел позвонков и межпозвонковых дисков, костной ткани суставов\*. Хорошо известно, что остеопоретические переломы влекут за собой тяжёлые социальные последствия в виде повышения показателей летальности, резкого ограничения способности к самообслуживанию, трудоспособности, снижения качества жизни и, соответственно, большие затраты в области здравоохранения. Принимая во внимание актуальность проблемы остеопороза, являющийся медленно развивающимся заболеванием с длительным латентным периодом, опасное своими осложнениями - патологическими переломами костей при малейшей травме, гипотетически можно предположить высокую эффективность внутрикостной электро-

---

\* Герасимов А.А. Лечение болевых синдромов позвоночника и суставов методом внутрикостной электростимуляции: Новая медицинская технология №2001/115. / А.А. Герасимов Екатеринбург, 2009. — 17 с.

стимуляции при лечении остеопороза. В настоящее время исследования продолжают.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ РАЗНЫМИ МЕТОДАМИ**

*Орлова О.Н., Герасимов А.А.*

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Остеоартроз как заболевание занимает важнейшее положение в ревматологии. На него приходится до 80% всей составной патологии и более 50% всех ревматологических больных. Распространённость остеоартрозов в разных регионах колеблется от 13% до 41%. И увеличивается по мере старения населения. Остеоартрозы являются одной из частых причин временной утраты трудоспособности и составляют 16% от ревматологических больных. Среди инвалидов 2,8% составляют больные с остеоартрозом.

Современная медицина обладает большим арсеналом средств, направленных на лечение больных с остеоартрозами. Ведущим методом лечения является комплексная консервативная терапия, включающая физиотерапию, медикаментозную и внутрисуставное введение лекарственных веществ. Однако, эти методы не улучшили результаты по уменьшению болевого синдрома и сроков нетрудоспособности больных.

Последнее время большое внимание клиницистов привлекли методы электрической стимуляции тканей. Широко применяемые методы накожной электротерапии малоэффективны, т.к. кожа препятствует проникновению электрического тока внутрь организма и уменьшает его в 100-500 раз. Эти недостатки устраняются при внутритканевой электростимуляции, где воздействие электрического тока осуществляется непосредственно на костную ткань с помощью электрода, подведённого к патологическому очагу. Все авторы подтверждают патогенетичность такого лечения, следствие улучшения кровообращения и репаративных процессов.

Целью настоящей работы является проведение сравнительной оценки эффективности лечения способа внутритканевой электростимуляции и традиционных комплексных методов лечения при остеоартрозе тазобедренного и коленного суставов.

**Методика** проведения внутритканевой электростимуляции при остеоартрозах. Для проведения процедуры больной находится в положении лёжа. Игла-электрод подводится к патологически изменённым участкам костной ткани. Как правило, эти точки располагались в местах прикрепления капсулы суставов и прилежащих метафизов костей и имели стандартное расположение для тазобедренных и коленных суставов. Пассивный накожный электрод укладывается с противоположной стороны сустава. Для лечения использовался низкочастотный импульсный ток.

Проведено обследование и лечение у 65 больных с остеоартрозом крупных суставов. Лечение у всех больных проводилось в амбулаторных условиях. Из