

Опубликовано в: **Скорая медицинская помощь - 2013 : Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции (13-14 июня 2013 г.). - СПб.: Издательство СПбГМУ, 2013. – С. 158-159.**

Автор(ы): **Тараканов А.А., Тараканов А.В.**
Ростовский государственный медицинский университет,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Название статьи: **Обоснование и оценка использования чрескожной нейростимуляции при дорсопатиях на скорой помощи**

Ключевые слова: **Вертеброгенные дорсопатии, СКЭНАР-терапия, чрескожная электронейростимуляция, скорая медицинская помощь.**

Аннотация: В тезисах дается определение вертеброгенных дорсопатий, кратко описываются их причины и клиника. Приводятся результаты сравнительного пилотного исследования пяти групп больных с дорсопатиями, проведенного в 13 городах РФ службами скорой медицинской помощи по специально разработанному протоколу. В двух группах использовались разные методики СКЭНАР-терапии (дается описание методик), в трех других группах для купирования мышечно-тонических симптомов использовались баралгин, кеторолак и кетопрофен. В выводах указывается, что СКЭНАР-терапия сопоставима с медикаментозными методами купирования боли при указанной патологии и является адекватным и безопасным методом в условиях работы скорой медицинской помощи.

ОБОСНОВАНИЕ И ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ НА СКОРОЙ ПОМОЩИ

Вертеброгенные пояснично-крестцовые дорсопатии (ВПКД) - заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани, их ведущим симптомокомплексом является боль в пояснично-крестцовой области невисцерального характера и один из самых частых поводов к вызову скорой помощи (СП).

Причины вертеброгенных дорсопатий - неспецифические дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника - остеохондроз, спондилёз, спондилолистез, пролапс и протрузия межпозвоночных дисков и другие. Небольшой процент приходится на специфические причины (опухоли, инфекция, травмы).

Клинически дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника проявляются в виде рефлекторного синдрома (мышечно-тонический синдром) в 90% случаев и только в 5-10% в виде компрессионного синдрома. Длительный болевой синдром при ВПКД приводит к развитию вегетативной дисфункции, отличающейся большим полиморфизмом клинических проявлений. Недостаточная эффективность обезболивания может быть фактором хронизации болевого синдрома.

Основным методом лечения вертеброгенных дорсопатий в условиях СП остается фармакотерапия нестероидными противовоспалительными средствами.

Миорелаксанты, хондропротекторы, анестетики и другие препараты в условиях СП, как правило, не применяются. В то же время патогенетически обоснованным и оправданным является купирование проявлений мышечно-тонического синдрома. Нами предложен метод чрескожной нейростимуляции с помощью прибора СКЭНАР (самоконтролируемый энергонейроадаптивный регулятор), успешно купирующего мышечно-тонические симптомы

Цель исследования - изучить эффективность метода чрескожной электронейростимуляции при ВПКД на догоспитальном этапе медицинской помощи. Проведено пилотное исследование в 13 городах РФ в условиях СП по специально разработанному протоколу. Были сформированы 5 групп: 1 группа - СКЭНАР (метод разнесенных выносных электродов, n=31), расположение и передвижение электродов на коже по специальной схеме 10-15 - минут в области поясницы в модуляции 3:1, энергия раздражения - индивидуальна, 90 Гц; 2 группа - СКЭНАР (коаксиальный встроенный электрод прибора, n=70), обработка кожи спины в области поясницы и в проекции боли всего 15-20 минут, энергия раздражения - индивидуальна, 90 Гц; 3 группа (контроль) - баралгин - 5 мл (метамизол натрия - 2,5 г) в/м, (n=24); 4 группа (контроль) - кеторолака трометамин 2 мл (30 мг) в/м, (n=25); 5 группа (контроль) - кетопрофен 2 мл (100 мг) в/м, (n=54).

Оценка боли по визуально аналоговой шкале до начала лечения составляла в группах в среднем 5-7 баллов. Оценивалась динамика клинических симптомов и выраженности анальгезии спустя 10,20 и 30 минут после процедуры или введения анальгетиков. Через 30 минут отмечалось понижение уровня боли на 55-60% от исходного и значительный регресс клинической симптоматики (вегетативные проявления).

Анализ результатов позволил сделать выводы, что при болях в поясничном отделе позвоночника тенденцией к наибольшей эффективности обладает СКЭНАР-терапия разнесенными электродами; СКЭНАР-терапия двумя методами сопоставима с медикаментозными методами (метамизол натрия, кеторолак и кетопрофен в общепринятых дозах); обезболивание приводит к понижению артериального давления и урежению пульса во всех группах; СКЭНАР-терапия является адекватным и безопасным методом в условиях СП. Отсутствие адаптации к лечению и абсолютных противопоказаний, простота использования в любых условиях является, на наш взгляд, определяющим методом лечения в условиях СП.