

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПЛАНТАРНЫХ ЭНТЕЗОПАТИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЭКВИНУСА**

Турчин Е.А., Лябах А.П., Михневич О.Э.

**Резюме.** Провели анализ результатов обследования пациентов с подошвенным фасциитом и метатарзалгией, установили взаимосвязь плантарных энтезопатий и функционального эквинуса. **Цель работы.** Исследовать связь метатарзалгии и подошвенного фасциита с функциональным эквинусом. **Материалы и методы.** Результаты обследования 161 пациента с плантарными энтезопатиями: 104 пациентов (145 случаев) с подошвенным фасциитом, 57 пациентов (78 случаев) с метатарзалгией, у которых определяли влияние функционального эквинуса на их возникновение. Использовали клинический, рентгенологический и статистический методы исследования. **Результаты.** Установлено, что функциональный эквинус стопы существенно связан с подошвенным фасциитом ( $p < 0,05$ ) и метатарзалгией ( $p = 0,002$ ). Метатарзалгия под головкой 1-й плюсневой кости сопровождается функциональным эквинусом в 100% случаев, под головками 2-4-й плюсневых костей – в 37,2% случаев. Функциональный эквинус существенно влияет на наличие метатарзалгии вообще ( $p = 0,002$ ), при этом его влияние на метатарзалгию с локализацией под головками 2-4-й плюсневых костей является несущественным ( $p = 0,3$ ). **Выводы.** На локализацию метатарзалгии существенно ( $p < 0,001$ ) влияет относительная длина 1-й плюсневой кости: при относительно длинной 1-й плюсневой кости следует ожидать развития метатарзалгии под ее головкой, при относительно короткой и нейтральной 1-й плюсневой кости вероятным является развитие метатарзалгии под головками 2-4-й плюсневых костей.

**Ключевые слова:** функциональный эквинус, подошвенный фасциит, метатарзалгия, стопа.

УДК 616.711:616.8-009.7:615.844

## **ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ЕЛЕКТРОПУНКТУРНОЇ ДІАГНОСТИКИ Р. ФОЛЛЯ У ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА З НЕЙРОКОМПРЕСІЙНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ**

Рой І.В., Гайко О.Г., Перфілова Л.В., Фіценко Я.В.

ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ

**Резюме.** Остеохондроз хребта – найбільш тяжка форма дегенеративно-дистрофічного ураження хребта, основу якого становить дегенерація міжхребцевого диска. Одною із клінічних форм остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта є нейрокомпресійний больовий корінцевий синдром. **Мета роботи.** Підвищення ефективності діагностики шляхом кількісної оцінки функціонального стану періартикулярних структур попереково-крижового відділу хребта у хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта з нейрокомпресійним больовим синдромом за допомогою методу електропунктурної діагностики Р. Фолля. **Матеріали і методи.** За допомогою неінвазійного експрес-методу електропунктурної діагностики Р. Фолля обстежено 60 хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта з нейрокомпресійним больовим синдромом, зокрема 32 чоловіка та 28 жінок віком 23-83 роки. Дослідження проводили шляхом вимірювання показників біологічно активної точки періартикулярних структур попереково-крижового відділу хребта за умови обов'язкового виконання вимог методики. Кількісно визначали наявність, характер та ступінь інтенсивності патологічних змін (стадійно за Р. Фоллем) – запалення або дегенерації безпосередньо у періартикулярних

структурах попереково-крижового відділу хребта. **Результати.** За результатами понад 120 симетричних вимірювань показників у біологічно активній точці періартикулярних структур попереково-крижового відділу хребта з урахуванням максимальних значень із боку найбільшого ураження (праворуч або ліворуч) визначено: I – підгостру стадію запалення у 4 (6,7%), II – у 26 (43,3%) та III – у 30 (50%) хворих. Тобто у всіх хворих визначено виключно запальний характер патологічного процесу (асептичний) різної стадійності та інтенсивності, причому у 43,3% із них встановлено II стадію, а у 50% – найбільш виражену III стадію запалення Р. Фолля. Слід відмітити, що всі хворі з визначеними II-III стадіями запалення мали скарги на виражений біль високої інтенсивності в ділянці ураження, через що було рекомендовано призначення протизапальної неспецифічної терапії. **Висновки.** За допомогою методу електропунктурної діагностики Р. Фолля при обстеженні хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта з нейрокомпресійним больовим синдромом вперше було одержано нові дані, що дало змогу підвищити ефективність загальновідомих діагностичних заходів. Визначено запальний характер патологічного процесу різного ступеня інтенсивності (I-III стадії Р. Фолля) у біологічно активній точці періартикулярних структур попереково-крижового відділу хребта у 100% хворих, причому у 50% із них встановлено найбільш інтенсивну III стадію запалення. Встановлення стадій запалення у періартикулярних структурах попереково-крижового відділу хребта обстежених хворих стало об'єктивним підґрунтям для рекомендації призначення протизапальної неспецифічної терапії з метою поліпшення ефективності лікувально-реабілітаційних заходів.

**Ключові слова:** електропунктурна діагностика Р. Фолля, нейрокомпресійний больовий синдром, остеохондроз попереково-крижового відділу хребта, біологічно активна точка періартикулярних структур попереково-крижового відділу хребта, стадії запального процесу Р. Фолля, умовні одиниці.

## Вступ

Остеохондроз хребта (ОХ) – найбільш тяжка форма дегенеративно-дистрофічного ураження хребта, основу якого становить дегенерація міжхребцевого диска. Згодом можливе приєднання дегенерації та інших тканин хребтово-рухового сегменту: зв'язкового апарату, міжхребцевих суглобів, тіл суміжних хребців. Клінічні прояви ОХ виражені у вигляді порушень статички та біомеханіки хребта спільно із рефлекторно-тонічними, вегетативно-судинними, нейродистрофічними та компресійними корінцевими синдромами. Виникнення дегенеративних змін по типу ОХ є лише першою фазою розвитку захворювання, згодом може настати друга фаза формування клінічних проявів [6].

Остеохондроз попереково-крижового відділу хребта (ПКВХ) посідає провідне місце серед захворювань нервової системи, а спільно із остеохондрозом шийного відділу хребта й серед усіх хронічних захворювань нервової системи [1].

Дискогенні нейрокомпресійні синдроми у ПКВХ складають до 70% структури всіх неврологічних захворювань (Datta, 1991). На зазначені синдроми припадає приблизно 72% днів тимчасової непрацездатності в амбулаторно-поліклінічній мережі та до 48% – у неврологічних стаціонарах (Е.І. Гусев, 2000). Прямі та непрямі економічні втрати суспільства, пов'язані з проблемою діагностики та лікування

дискогенних нейрокомпресійних синдромів ПКВХ, і визначають (F. Abel, 1998) соціальну значущість цієї справді величезної проблеми людства [15].

Одною із клінічних форм остеохондрозу ПКВХ є нейрокомпресійний корінцевий синдром. Механізми радикальної компресії складні та включають декілька ланок, які можуть розвиватися самостійно або інтегруватися, що означає обтяжуючий перебіг патологічного процесу. На думку авторів, не єдиним компресійним моментом є диско-радикалярний конфлікт. Тиск міжхребцевого диску на спинномозковий корінець може відігравати роль пускового моменту для подальшого розвитку патологічних реакцій із порушенням мікроциркуляції в корінці, появи аутоімунних реакцій, обумовлених антигенними властивостями тканини диску, розвитку асептичного запалення і, як результат, порушення функції одного або кількох корінців [14].

До нашого часу у доступній літературі немає відомостей про застосування експрес-методу електропунктурної діагностики Р. Фолля (ЕПДФ) у хворих на остеохондроз ПКВХ із нейрокомпресійним больовим синдромом, проте метод дає змогу за короткий термін часу (кілька хвилин) кількісно визначити наявність, характер та ступінь інтенсивності патологічних змін (стадійно за Р. Фоллем) – запалення або дегенерації у досліджуваних будь-яких органно-тканинних утвореннях, у даному випадку безпосередньо у періартикулярних струк-

турах (ПС) ПКВХ, а також об'єктивно оцінити ефективність лікувально-реабілітаційних заходів (ЛРЗ), досліджуючи стан зазначених утворень до та після лікування. Метод не потребує складної вартісної апаратури, не призводить до можливих ускладнень під час обстеження.

Понад 16 років тому метод ЕПДФ було вперше застосовано у науково-практичній діяльності ДУ "ІТО НАМН України", зокрема у хворих з ушкодженнями ротаторної манжети плеча, адгезивним капсулітом, ревматоїдним артритом, анкілозивним спондилітом, наслідками травм верхньої кінцівки, диспластичним коксартрозом, для визначення стану вегетативної нервової системи та сполучної тканини тощо [7-11].

Виходячи із зазначеного, **актуальність дослідження** полягає у впровадженні нових кількісних методів функціональної діагностики з метою підвищення її ефективності у хворих на остеохондроз ПКВХ із нейрокомпресійним больовим синдромом для найбільш ефективного проведення ЛРЗ.

**Мета роботи** полягає у підвищенні ефективності (інформативності) діагностики шляхом кількісної оцінки функціонального стану ПС ПКВХ у хворих на остеохондроз ПКВХ із нейрокомпресійним больовим синдромом за допомогою методу ЕПДФ.

## Матеріали і методи

За допомогою методу ЕПДФ було обстежено 60 хворих на остеохондроз ПКВХ із нейрокомпресійним больовим синдромом, зокрема 32 особи чоловічої статі та 28 – жіночої. Усі зазначені хворі проходили обстеження у динаміці (до та після ЛРЗ). Вік обстежених хворих становив 23-83 роки.

Дослідження проводили з використанням апарату INTA-сом-VOLL із комп'ютерним забезпеченням (Україна).

В основі методу ЕПДФ лежить функціональний взаємозв'язок між біологічно активними точками (БАТ) та пов'язаними з ними органами і системами організму через канали або меридіани – провідники, які розташовуються навколо судин, м'язів, нервових сплетень, спинного і головного мозку та йдуть до відповідних внутрішніх органів [13].

Кожна з органно-тканинних структур має власний електричний (енергетичний) потенціал, який обумовлюється складними біохімічними та біофізичними процесами, що виникають на субклітинному, клітинному рівні та рівні органів. Цей потенціал і складає електропровідність вимірюваних БАТ. Залежно від стану органно-тканинних утворень змінюється і електропровідність у пов'язаних із ними БАТ: при надмірній функції (гіперенергетичному стані) органно-тканинного утворення електропро-

відність БАТ підвищується, що свідчить про наявність та ступінь інтенсивності запального процесу в зазначеній структурі, а при недостатній функції (гіпоенергетичному стані) органно-тканинного утворення електропровідність БАТ знижується, що свідчить про наявність та ступінь інтенсивності дегенеративного процесу в даній структурі.

А.К. Подшибякіним (1949-1960) та ін. під час експериментальних досліджень при вивченні зв'язків БАТ із внутрішніми органами було виявлено зміни електричних потенціалів у місцях входу нервів на шкірі людей та тварин. Зазначені місця входу нервів у шкіру й було позначено як БАТ. Доведено, що БАТ мають підвищені больову чутливість, поглинання кисню, обмін речовин, температуру, інфрачервоне випромінювання тощо [12].

БАТ розташовано на шкірі дистальних та проксимальних фаланг пальців, п'ясткових, зап'ястних та плеснових областях верхніх та нижніх кінцівок праворуч та ліворуч (симетрично) з використанням анатомічних орієнтирів [5].

Автором методики Р. Фоллем було розроблено кількісні значення (чисельні критерії) показників вимірів БАТ, які реєструються від 0 до 100 в умовних одиницях (УО) та відповідають варіанту норми або I-III стадіям запалення чи дегенерації. Нормотонічний показник, крім БАТ гіпоталамуса, для осіб середнього віку становить 50-65 УО. Для дітей до 16 років та осіб похилого віку після 65 років даний показник відповідно збільшується або зменшується на 10 УО. Стадії запалення Р. Фолля: I – підгостра стадія запалення (ПСЗ) – 66-75 УО; II – гострий запальний процес локальний (ГЗПл) – 76-85 УО; III – гострий запальний процес тотальний (ГЗПт) – 86-100 УО.

Стадії дегенерації Р. Фолля: I – початкова стадія дегенерації – 49-36 УО; II – прогресуючий дегенеративний процес – 35-26 УО; III – виражений дегенеративний процес – 25-0 УО [2, 3].

ЕПДФ-дослідження є неінвазивними, застосовується вертикальна техніка вимірювання у БАТ за допомогою точкового електроду з латунним покриттям під прямим кутом до шкіри [4]. Дослідження проводили праворуч і ліворуч симетрично у положенні хворого сидячи при обов'язковому виконанні певних вимог ЕПДФ. Вимірювали показники у БАТ ПС ПКВХ – V (11), розташованій у центрі западини зовнішньої поверхні п'яtkової кістки [5, 7].

## Результати та їх обговорення

За одержаними даними обстеження 60 хворих і результатами понад 120 симетричних вимірювань показників у БАТ ПС ПКВХ у хворих на остеохондроз ПКВХ із нейрокомпресійним больовим син-

дромом з урахуванням максимальних значень із боку найбільшого ураження (праворуч або ліворуч). Визначено I – підгостру стадію запалення (ПСЗ) у 4 (6,7%), II – гострий запальний процес локальний (ГЗПл) у 26 (43,3%) та III – гострий запальний процес тотальний (ГЗПт) у 30 (50%) хворих.

Результати розподілу обстежених хворих по стадіях запального процесу Р. Фолля наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

**Розподіл обстежених хворих на остеохондроз ПКВХ із нейрокомпресійним больовим синдромом по стадіях запалення Р. Фолля, n=60**

Діагноз	Стадії запалення Р. Фолля		
	I – ПСЗ	II – ГЗПл	III – ГЗПт
<b>Остеохондроз ПКВХ із нейрокомпресійним больовим синдромом, кількість хворих (%)</b>	4 (6,7)	26 (43,3)	30 (50)

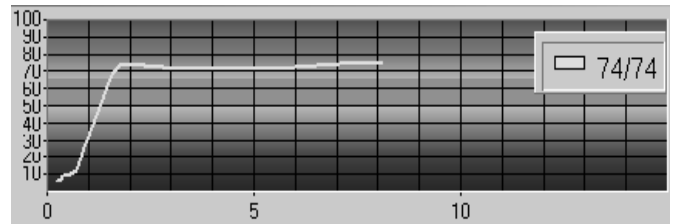
З огляду на зазначене, очевидно, що у всіх обстежених хворих визначено виключно запальний характер патологічного процесу (асептичний) різної стадійності та інтенсивності (I-III) за Р. Фоллем у ПС ПКВХ, причому у 43,3% із них встановлено II стадію запального процесу (ГЗПл), а у 50% – найбільш виражену III стадію запалення (ГЗПт). Слід відмітити, що всі хворі з визначеними II та III стадіями запалення Р. Фолля мали скарги на виражений біль високої інтенсивності в ділянці ПКВХ.

Оскільки остеохондроз хребта є дегенеративно-дистрофічним захворюванням, може постати питання, чому за методом ЕПДФ реєструються не дегенеративні прояви у ПС ПКВХ, а тільки запальні? З цього приводу необхідно пояснити, що за методом ЕПДФ ймовірний дегенеративний процес можливо зареєструвати, якщо водночас із ним у будь-якому досліджуваному органотканинному утворенні, зокрема, у ПС ПКВХ, немає навіть незначних запальних змін. Якщо ж запальні зміни, одною з головних ознак яких є больовий синдром, мають місце на тлі дегенеративних, то за методом ЕПДФ визначається та домінує саме більш активний запальний процес.

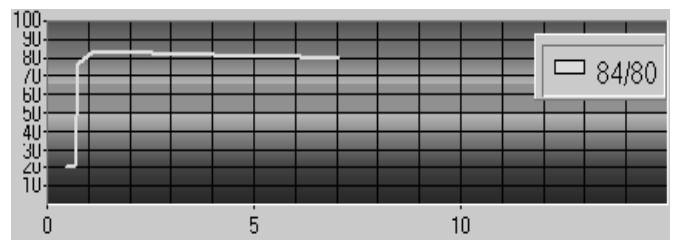
У зв'язку із викладеним вище, наявність запального процесу у ПС ПКВХ стала об'єктивним підґрунтям для рекомендації до призначення протизапальної неспецифічної терапії з метою поліпшення ефективності ЛРЗ.

Приклади комп'ютерних графічних зображень стадій запалення Р. Фолля у хворих на остеохондроз ПКВХ із нейрокомпресійним больовим синдромом представлено на рис. 1-3.

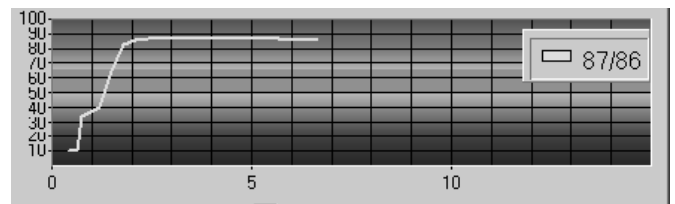
**Комп'ютерні графічні зображення стадій запалення Р. Фолля у хворих із нейрокомпресійним больовим синдромом**



**Рис. 1.** I стадія – ПСЗ у хв. С., № і. х. 536920.  
Діагноз: остеохондроз ПКВХ із нейрокомпресійним больовим синдромом



**Рис. 2.** II стадія – ГЗПл у хв. Д., № і. х. 538833.  
Діагноз: остеохондроз ПКВХ із нейрокомпресійним больовим синдромом



**Рис. 3.** III стадія – ГЗПт у хв. Г., № і. х. 539116.  
Діагноз: остеохондроз ПКВХ із нейрокомпресійним больовим синдромом

**Висновки**

1. За допомогою методу ЕПДФ при обстеженні хворих на остеохондроз ПКВХ із нейрокомпресійним больовим синдромом вперше було одержано новітні дані, що дало змогу підвищити ефективність загально-відомих діагностичних заходів.

2. Визначено запальний характер (асептичний) патологічного процесу різного ступеня інтенсивності по I-III стадіях Р. Фолля у БАТ ПС ПКВХ у всіх (100%) обстежених хворих, причому у 50% з них встановлено найбільш інтенсивну III стадію запалення – ГЗПт.

3. Встановлення стадій запалення у ПС ПКВХ обстежених хворих стало об'єктивним підґрунтям для рекомендації до призначення протизапальної неспецифічної терапії з метою поліпшення ефективності ЛРЗ.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів під час підготовки статті.

## Література

1. *Гюев П.М.* Особенности комплексного лечения остеохондроза поясничного отдела позвоночника / *П.М. Гюев, А.Т. Худяев* // *Гений ортопедии*. – 2009. – № 3. – С. 107–111.
2. *Готовский Ю.В.* Практическая электропунктура по методу Р. Фолля / *Ю.В. Готовский, А.В. Самохин*. – М.: Имедис, 2001. – 896 с.
3. *Мальши К.Е.* Электропунктурная диагностика. История, развитие, место в современной медицине, сравнительная характеристика, перспектива развития (методическая разработка) / *К.Е. Мальши*. – Одесса: Клуб-поликлиника “Здоровье”, 2002. – 32 с.
4. *Мачерет Е.Л.* Основы электро- и акупунктуры / *Е.Л. Мачерет, А.О. Коржушко*. – К.: Здоров’я, 1993. – 390 с.
5. *Митрофанов А.П.* Учебное пособие по электропунктурной диагностике / *А.П. Митрофанов, А.Л. Брыляков*. – Курск: Медицина, 1992. – 151 с.
6. *Нуралиев Х.А.* Связь клинических проявлений и патоморфологических изменений при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника / *Х.А. Нуралиев* // *Гений ортопедии*. – 2009. – № 1. – С. 147–151.
7. *Перфілова Л.В.* Діагностика захворювань та ушкоджень періартикулярних структур плечового суглоба: дис. ... канд. мед. наук. 14.01.21 / *Л.В. Перфілова*. – К., 2010. – 136 с.
8. *Перфілова Л.В.* Застосування методу електропунктурної діагностики за Р. Фоллем при анкілозивному спондиліті / *Л.В. Перфілова, М.В. Полулях* // *Літопис травматології та ортопедії*. – 2006. – № 1-2. – С.114–119.
9. *Перфілова Л.В.* Застосування методу електропунктурної діагностики за Р. Фоллем у хворих із наслідками травм верхньої кінцівки / *Л.В. Перфілова, О.Г. Гайко* // *Літопис травматології та ортопедії*. – 2011. – № 1-2. – С. 168–172.
10. *Перфілова Л.В.* Визначення стану сполучної тканини у хворих із ревматоїдним артритом та анкілозивним спондилітом за допомогою методу електропунктурної діагностики Р. Фолля / *Л.В. Перфілова* // *Вісник ортопедії, травматології та протезування*. – 2012. – № 1. – С. 52–56.
11. *Перфілова Л.В.* Нові аспекти діагностики уражень суглобів нижніх кінцівок у хворих на ревматоїдний артрит / *Л.В. Перфілова, А.С. Герасименко* // *Вісник ортопедії, травматології та протезування*. – 2014. – № 2. – С. 49–54.
12. *Подшибякин А.К.* Значение активных точек кожи для эксперимента и клиники: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.24 / *А.К. Подшибякин*. – К., 1960. – 31 с.
13. *Портнов Ф.Г.* Проблемы и перспективы электропунктурной рефлексотерапии // *Проблемы клинической биофизики: сб. науч. статей* / *Ф.Г. Портнов*. – Рига: Рижский медицинский институт, 1997. – С. 43–50.
14. Принципы лечения компрессионных корешковых синдромов при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника / *Н.И. Хвостюк, М.И. Завела, А.Н. Хвостюк* [и др.] // *Актуальні питання сучасної ортопедії та травматології. 85 років АМНУ: тез. доп. VI міжнар. наук. конф. (Київ, 19-21 трав. 2004 р.)*. – Київ, 2004. – С. 435–439.
15. *Хижняк М.В.* Малоінвазивна хірургія дискогенних нейрокомпресійних синдромів поперекового відділу хребта: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.05 / *М.В. Хижняк*. – К., 2006. – 43 с.

### **APPLICATION OF THE METHOD OF ELECTROPUNCTURE DIAGNOSTICS OF R. VOLL IN PATIENTS WITH LUMBOSACRAL SPINE OSTEOCHONDROSIS WITH NERVE COMPRESSION PAIN SYNDROME**

*Roi I.V., Gaiko O.G., Perfilova L.V., Fishchenko Ya.V.*

**Summary.** Osteochondrosis of the spine is the most severe form of degenerative-dystrophic spinal damages, which is based on degeneration of the intervertebral disc. One of the clinical forms of osteochondrosis of the lumbosacral spine is nerve compression radicular syndrome. **The purpose of the study** was to improve the efficiency of diagnostics by quantifying the functional state of the periarticular structures of the lumbosacral spine in patients with osteochondrosis with nerve compression pain syndrome of the lumbosacral spine using the method of R. Voll's electropuncture diagnostics. **Materials and methods.** Using the non-invasive express method of electropuncture diagnostics of R. Voll, 60 patients with osteochondrosis of the lumbosacral spine with nerve compression pain syndrome were examined, including 32 men and 28 women aged 23-83. The studies were carried out by measuring the parameters of the biologically active point of the periarticular structures of the lumbosacral spine, provided that the requirements of the method were strictly met. The presence, nature and extent of the intensity of pathological changes (according to stages by R. Voll) – inflammation or degeneration – were quantitatively determined directly in the periarticular structures of the lumbosacral spine. **Results.** More than 120 symmetrical measurements of the indices in the biologically active point of the periarticular structures of the lumbosacral spine were conducted, taking into account the maximum values from the side of the most severe lesion (on the right or on the left): I – subacute stage of inflammation in 4 (6.7%), II – in 26 (43.3%) and III – in 30 (50%) patients. This means that only the inflammatory nature of the pathological process (aseptic) of different staging and intensity was defined in all patients, with 43.3% of them having stage II and 50% having the most pronounced stage III of inflammation by R. Voll. It should be noted that all patients with defined II-III stages of inflammation had complaints of severe pain in the area of damage and the anti-inflammatory nonspecific therapy was recommended. **Conclusions.** Using the method of R. Voll's electropuncture diagnostics for examining patients with osteochondrosis of the lumbosacral spine with nerve compression pain syndrome, new data were obtained, which enabled to increase the effectiveness of well-known diagnostic measures. Inflammatory character of the pathological process of various degrees of intensity (stages I-III by R. Voll) was deter-

*mined in the biologically active point of periarticular structures of the lumbosacral spine in all patients; 50% of them having the most severe stage III of inflammation. Determining the stages of inflammation in the periarticular structures of the lumbosacral spine of the examined patients became an objective basis for recommending the anti-inflammatory nonspecific therapy in order to improve the effectiveness of therapeutic and rehabilitation measures.*

**Key words:** *electropuncture diagnostics of R. Voll, nerve compression pain syndrome, lumbosacral spine osteochondrosis, biologically active point of periarticular structures of the lumbosacral spine, stages of the inflammatory process by R. Voll, conventional units.*

### **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ Р. ФОЛЛЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С НЕЙРОКОМПРЕССИОННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**

*Рой И.В., Гайко Г.В., Перфилова Л.В., Фищенко Я.В.*

**Резюме.** *Остеохондроз позвоночника – наиболее тяжелая форма дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника, в основе которого лежит дегенерация межпозвоночного диска. Одной из клинических форм остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника является нейрокомпрессионный корешковый синдром. Цель работы. Повышение эффективности диагностики путем количественной оценки функционального состояния периартикулярных структур пояснично-крестцового отдела позвоночника у больных с остеохондрозом с нейрокомпрессионным болевым синдромом пояснично-крестцового отдела позвоночника с помощью метода электропунктурной диагностики Р. Фолля. Материалы и методы. С помощью неинвазивного экспресс-метода электропунктурной диагностики Р. Фолля обследованы 60 больных остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника с нейрокомпрессионным болевым синдромом, в том числе 32 мужчины и 28 женщин в возрасте 23-83 лет. Исследования проводили путем измерения показателей биологически активной точки периартикулярных структур пояснично-крестцового отдела позвоночника при условии обязательного выполнения требований методики. Количественно определяли наличие, характер и степень интенсивности патологических изменений (стадийно по Р. Фоллю) – воспаления или дегенерации непосредственно в периартикулярных структурах пояснично-крестцового отдела позвоночника. Результаты. В результате более 120 симметричных измерений показателей в биологически активной точке периартикулярных структур пояснично-крестцового отдела позвоночника с учетом максимальных значений со стороны наибольшего поражения (справа или слева) определено: I – подострую стадию воспаления у 4 (6,7%), II – у 26 (43,3%) и III – у 30 (50%) больных. То есть, у всех больных определено исключительно воспалительный характер патологического процесса (асептический) различной стадийности и интенсивности, причем у 43,3% из них установлено II стадию, а у 50% – наиболее выраженную III стадию воспаления Р. Фолля. Следует отметить, что все больные с определенными II-III стадиями воспаления имели жалобы на выраженную боль высокой интенсивности в области поражения, в связи с чем было рекомендовано назначение противовоспалительной неспецифической терапии. Выводы. С помощью метода электропунктурной диагностики Р. Фолля при обследовании больных остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника с нейрокомпрессионным болевым синдромом впервые получены новые данные, что позволило повысить эффективность общеизвестных диагностических мероприятий. Определен воспалительный характер патологического процесса различной степени интенсивности (I-III стадии Р. Фолля) в биологически активной точке периартикулярных структур пояснично-крестцового отдела позвоночника у 100% больных, причем у 50% из них установлено наиболее интенсивную III стадию воспаления. Установление стадий воспаления в периартикулярных структурах пояснично-крестцового отдела позвоночника обследованных больных стало объективным основанием для рекомендации назначения противовоспалительной неспецифической терапии с целью улучшения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.*

**Ключевые слова:** *электропунктурная диагностика Р. Фолля, нейрокомпрессионный болевой синдром, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, биологически активная точка периартикулярных структур пояснично-крестцового отдела позвоночника, стадии воспалительного процесса Р. Фолля, условные единицы.*