

# ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

**А. Зорис**

*Клиника компьютерной акупунктуры, г. Каунас*

## **Анотация**

Одной из актуальных проблем клинической медицины являются поиск и разработка рациональных методов лечения и профилактики больных с остеохондрозом позвоночника. Актуальность и большая социальная значимость этой проблемы определяются широкой распространенностью этого заболевания, высоким процентом рецидивов, нередко заканчивающихся осложнениями, ранней инвалидизацией больных активного творческого возраста. Положение осложняется тем, что по данным многолетних наблюдений большинство из широко применяемых медикаментозных, физиотерапевтических, хирургических средств имеет ограничения к применению, может вызывать аллергические реакции, оказывать побочное действие. К недостаткам фармакологической терапии больных с остеохондрозом позвоночника следует отнести также необходимость назначения нескольких препаратов одновременно, что ставит проблему совместимости фармакологических агентов и необходимость длительного, зачастую многолетнего регулярного приема различных комбинаций препаратов. Кроме того, отрицательной стороной такого подхода является возникновение лекарственной зависимости, формирование побочных реакций и осложнений, снижение «качества жизни». В этих условиях применение дифференцированных методов лечения (акупунктура, биопунктура, электропунктура, лазеротерапия, тракционное лечение, кинезитерапия, иммуномодуляторы) является альтернативой фармакологическому лечению.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** лазеропунктура, рефлексотерапия, тракционное лечение, биологически активные вещества, электропунктура.

## **Anotacija**

Viena iš aktualių klinikinės medicinos problemų yra racionalių gydymo ir profilaktikos metodų paieška ir sukūrimas stuburo osteochondroze sergantiems ligoniams. Šios problemos aktualumą ir didelę socialinę reikšmę nulemia didelis šio susirgimo paplitimas, aukštas nuošimtis recidyvų, kurie neretai baigiasi dar aktyvaus kūrybinio amžiaus ligonių sveikatos komplikacijomis ir ankstyvu invalidumu. Padėtį dar apsunkina tai, kad pagal daugiamėčių stebėjimų duomenis dauguma iš dažnai naudojamų medikamentinių, fizioterapiinių ir chirurginių priemonių yra riboto naudojimo, gali sukelti alergines reakcijas ir šalutinį poveikį. Prie stuburo osteochondroze sergančių ligonių farmakologinės terapijos trūkumą reikia priskirti ir būtinybę naudoti keletą preparatų vienu metu. Tai sukelia farmakologinių preparatų suderinamumo problemą ir būtinybę ilgą laiką, dažnai daug metų naudoti tuos preparatus įvairiomis kombinacijomis. Be to, neigiamos tokio gydymo būdo pasekmės yra priklausomybės nuo vaistų atsiradimas, šalutinių reakcijų ir komplikacijų susiformavimas, „gyvenimo kokybės“ pablogėjimas. Tokiomis sąlygomis diferencijuotų gydymo būdų naudojimas (akupunktūra, biopunktūra, elektropunktūra, lazeriterapija, trakinis gydymas, kineziterapija, imunomodulatoriai) yra alternatyva farmakologiniam gydymui.

**PAGRINDINIAI ŽODŽIAI:** lazeriopunktūra, refleksoterapija, trakinis gydymas, biologiškai aktyvios medžiagos, elektropunktūra.

## **1. Введение**

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последние годы при лечении заболеваний позвоночника, до настоящего времени нет достаточно эффективных методов их лечения. Объясняется это прежде всего сложностью этиологии и патогенеза патологии позвоночного столба. По данным ряда авторов – В.Е.Гречко [1], Н.М.Водянова и Н.И.Сулима [2,3,4], дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника занимают одно из ведущих мест в общей структуре заболеваний и составляют 5-7%.

В работах многих исследователей показано, что дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника являются полисистемными заболеваниями, приводящими не только к нарушению движений, но и вторично вовлекающими в патологический процесс нервную, сердечно-сосудистую и другие системы с соответствующими функциональными нарушениями.

В последние годы для лечения заболеваний позвоночника широко применяли различные методы рефлексотерапии: В.С.Гойденко [5,6], Д.М.Табеева [7,8], Н.И.Сулим [9,10], В.Г.Зилов [11], А.М.Василенко [12], В.Ф.Журавлев [13], В.Б.Любовцев [14,15,16,17], А.Т.Качан [18,19] и другие. Однако очень часто методы рефлексотерапии дают кратковременный эффект, особенно у лиц, работающих в неблагоприятных условиях (травмы, резкие статикодинамические перегрузки, переохлаждение и т.д.). Поэтому данная проблема является не только медицинской, но и большой социально-экономической, т.к.

болезнь поражает наиболее трудоспособное население и нередко приводит к потере трудоспособности и к инвалидности.

Комплекс восстановительной терапии заболеваний позвоночника требует применения воздействий, направленных на устранение как нарушенных функций, так и следовых реакций при остаточных явлениях хронического заболевания.

Постоянно совершенствуются старые, разрабатываются и внедряются в практику здравоохранения новые методы лечения, способные регулировать нейрогуморальные и иммунологические процессы, предотвращать развитие дистрофических изменений в пораженных тканях. Одним из эффективных является метод компьютерной рефлексотерапии, который с каждым годом находит широкое применение [20,21,22,23].

В настоящее время в практику здравоохранения начали широко внедряться методы восстановительной медицины. Это новое научное направление оказывает положительное влияние не только на более рациональную организацию лечебной помощи, но имеет и большую профилактическую направленность. Восстановительная медицина ориентирована на создание системы лечения и воспроизводства здоровья человека в виде широкого использования комплексных лечебно-профилактических и медико-социальных мероприятий, направленных на увеличение качества здоровья человека в целом.

Восстановительные технологии должны использоваться не только для долечивания, но и в целях увеличения функциональных резервов человека на всех этапах лечения, профилактики и медицинской реабилитации. Это особенно относится к больным с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, так как у данной категории больных часто возникают рецидивы.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что разработка новых методов лечения заболеваний позвоночника различными методами восстановительной медицины в сочетании с иммуномодуляторами имеет исключительно большое значение и является целью нашего исследования.

## 2. Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 384 больных с рефлекторными и корешковыми синдромами поясничного остеохондроза. Основную группу составили 320 больных, а контрольную 64 человека. Больным контрольной группы было проведено лечение методами акупунктуры. Больные основной группы были разделены на пять групп по 64 человека.

Больные первой основной группы получали акупунктуру и иммуномодуляторы (ункария томентоза, харпагофитум прокумбенс, эхинацея пурпурная). Больные второй группы проходили курс лечения, включающий акупунктуру, биопунктуру, лазеропунктуру, тракционное лечение и иммуномодуляторы. Больные третьей группы получали акупунктуру, биопунктуру, электропунктуру, тракционное лечение и иммуномодуляторы. Больные четвертой группы получали лазеропунктуру, иммуномодуляторы и кинезитерапию. Больные пятой группы - электропунктуру, иммуномодуляторы и кинезитерапию.

Больные с рефлекторными синдромами распределялись по полу и возрасту следующим образом (см. Рис. 1).

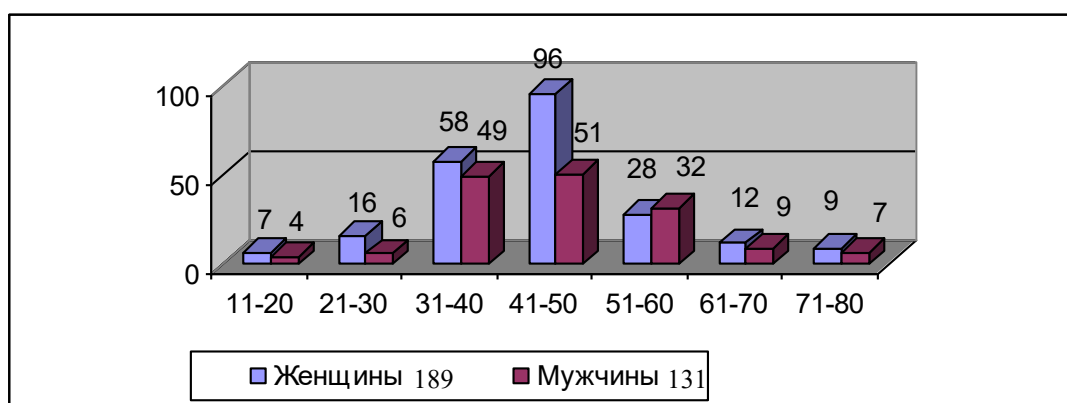


Рис. 1. Распределение больных в целом по полу и возрасту.

Среди обследованных больных основной группы женщин было 189 (59%) и мужчин – 131 (41%). Из графика 1 видно, что преобладали больные в возрасте 31 - 60 лет, что еще раз подчеркивает социальную значимость исследования, и наиболее широкое распространение заболеваний среди активной и

трудоспособной части населения. Как видно из графика, возраст больных не отличался в зависимости от пола. Средний возраст больных в целом составил 38,9 года. Это соответствовало и данным литературы о возрастном составе больных при остеохондрозе позвоночника.

В зависимости от характера трудовой деятельности больные распределялись следующим образом: занимающиеся физическим трудом - 32,8%, умеренным физическим трудом - 38% и умственным трудом - 29,2%. Следовательно, основную часть обследованных (71%) составляли лица, занимавшиеся физическим трудом. Длительность заболевания к моменту обследования составляла от срока менее года до 17 лет (см. Рис. 2).

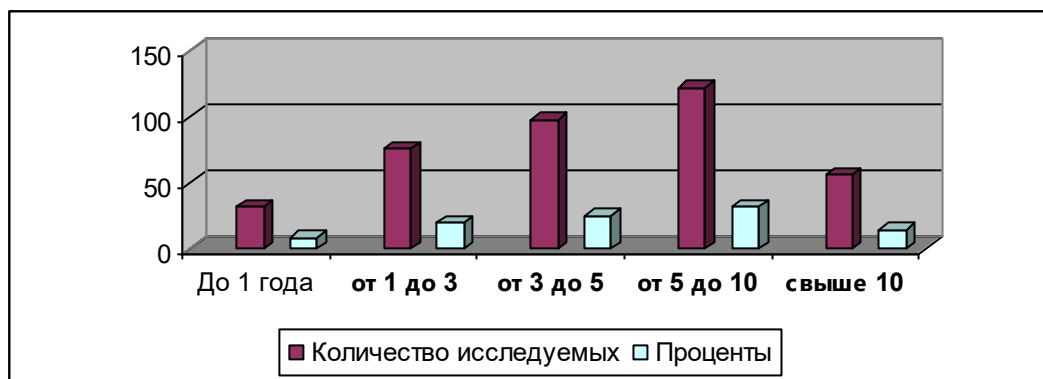


Рис. 2. Длительность заболевания к моменту обследования.

Ведущую группу составили больные с длительностью заболевания от 3 до 10 лет, что свидетельствует о длительном хроническом течении дегенеративно– дистрофических заболеваний позвоночника. Длительность заболевания в среднем была 5 лет.

Анализируя начало заболевания, можно отметить, что у 226 пациентов (59%) оно начиналось с клинических локальных болевых ощущений, а у 158 больных (41%) - при физических нагрузках.

Характерной особенностью у больных отмечалось тяжелое течение последнего обострения с продолжительностью от 3 недель до 6 месяцев (см. Рис. 3).

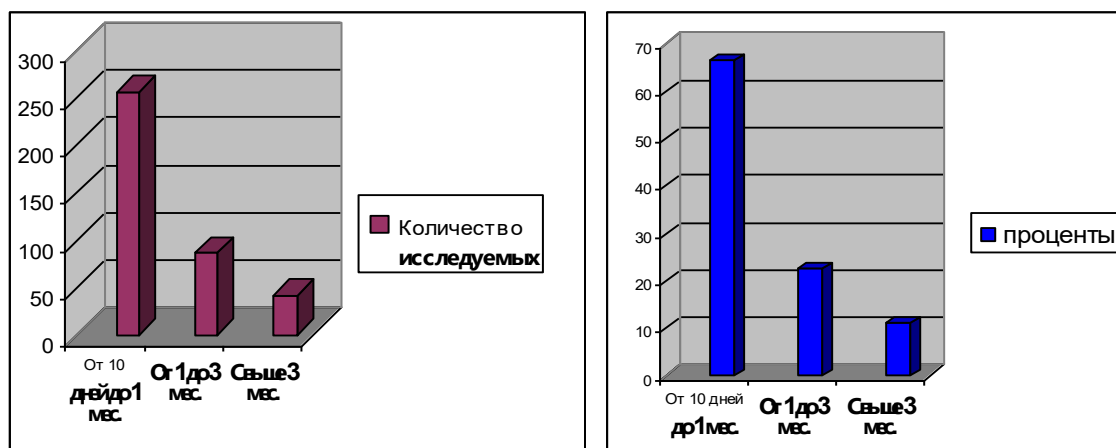


Рис. 3. Длительность последнего обострения к моменту обследования.

Установлено, что большинство больных (76,2%) поступили на лечение со сроками последнего обострения от 10 дней до 1 месяца. У 338 больных (88%) отмечали в анамнезе от 2 до 4 обострений в году.

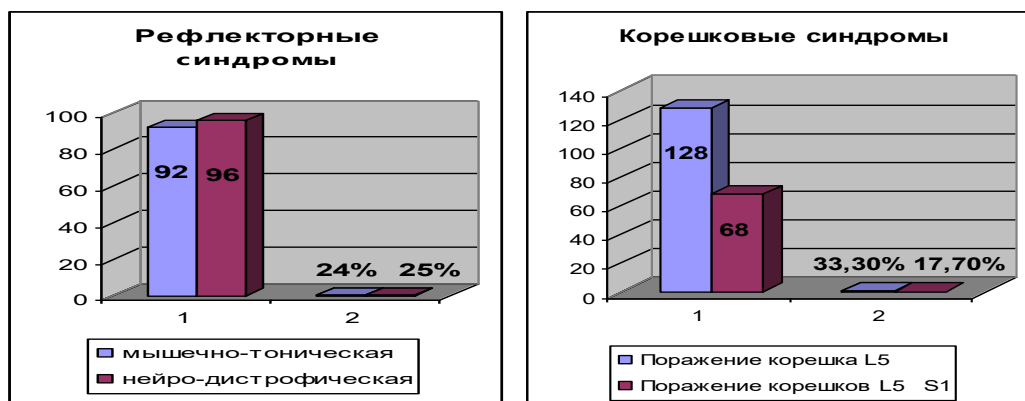
При сборе анамнеза обращалось внимание на частоту рецидивирования процесса. Было установлено, что частые рецидивы (чаще 2-х раз в год) встречались у 256 (66,6%) больных.

У 196 пациентов (49,7%) был отягощенный семейный анамнез - так как родственники страдали болями вертеброгенного характера.

В основу синдромологического распределения обследованных больных была положена современная, научно обоснованная классификация вертеброгенных заболеваний нервной системы, составленная с учетом требования Международной классификации болезней. Она достаточно проста и

удобна в повседневной работе, в полной мере отражает этиологию, патогенез и клинические проявления заболевания. Распределение больных в соответствии с классификацией болевых синдромов дегенеративно–дистрофическими заболеваниями позвоночника приведено в рисунке 4.

Из рисунка 4 видно, что группы больных с рефлекторными и корешковыми синдромами дегенеративно–дистрофических заболеваний позвоночника были примерно равными. В группе с рефлекторными синдромами преобладали мышечно-тонические и нейро-дистрофические проявления заболевания. Исходя из неврологической картины заболевания больные были разделены на две группы по клиническим формам люмбаишалгии: мышечно-тоническую - 92 больных (24%) и нейро-дистрофическую - 96 (25%).



**Рис. 4.** Распределение больных в зависимости от неврологических синдромов поясничного остеохондроза.

У больных с **мышечно-тонической** формой люмбаишалгии преобладали мышечно-тонические нарушения. У всех больных наблюдался выраженный болевой синдром, стягивающие боли, ощущение тугоподвижности, которые уменьшались после движений и усиливались после отдыха.

У большинства больных (77,8%) с мышечно-тоническими нарушениями отмечены сопутствующие заболевания вне стадии обострения.

**Нейро-дистрофическая** форма была у 96 больных (25%). По данным анамнеза дистрофическая форма (график 4) люмбаишалгии возникала у большинства больных (91,1%), страдавших ранее мышечно-тоническими или вегетативно-сосудистыми нарушениями дегенеративно–дистрофических заболеваний позвоночника. Для данной формы заболевания у всех больных был характерным выраженный болевой синдром и местная болезненность в зонах прикрепления мышц и на их протяжении - дистрофические изменения тканей-нейроостеофиброз. При обследовании зоны нейроостеофиброза выявлены в области крестцового-подвздошных сочленений у 88,0%, в области гребней подвздошных костей – у 64,0%, в зоне грушевидной мышцы - у 83,2%, в области прикрепления задних групп мышц бедра и на их протяжении- у 93,0%, в зоне прикрепления трехглавой мышцы голени - у 38,0% больных. Почти у всех больных были интенсивные ноющие боли, усиливающиеся при нагрузке и смене погоды. Боль имела скачкообразный характер, в пораженных мышцах возникала не только при растяжении, но и при пальпации. Пальпаторно выявлялись участки уплотнения, в которых были снижены тензоалгиметрические показатели. У всех больных определялись вегетативно-сосудистые нарушения различной выраженности. У многих больных (86,6%) были выявлены сопутствующие заболевания внутренних органов (хронический холецистит, язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, простатит, остеопороз, гинекологические заболевания и др.), что подтверждает значимость интерорецептивных влияний в возникновении неврологических синдромов. Среди обследованных больных почти у всех не было соматической патологии в стадии обострения.

У больных с выраженными болевыми синдромами при рефлекторных синдромах поясничного отдела позвоночника (у 2/3 больных) наиболее часто наблюдали симптомы Ласега (прямой и перекрестный), Дежерина спинальный, Леррея, посадки, отведения туловища. Многие больные (46,6%) отмечали выраженную болезненность болевых точек Валле. Чувствительные нарушения отмечены только у 7 больных, причем они были нечетко выражены и непостоянны.

Корешковые синдромы диагностированы у 196 больных (51%). Они клинически проявлялись в виде поражения корешков L5 L5 S1 (рисунок 4).

На основании накопленного опыта лечения больных с остеохондрозом позвоночника нами разработана локализация болевых зон в зависимости от клинического варианта алгии (таблица 1).

**Таблица 1.** Локализация болевых зон в зависимости от клинического варианта люмбоишалгии

№	Клинические варианты	Локализация болей	Локализация мышечно тонических и дистрофических изменений
1.	Гиперлордотический	на задней поверхности бедра и передней поверхности голени, в поясничной области	в задних мышцах бедра, передних мышцах голени и абдоминальных мышцах
2.	Кифотический	на передней поверхности бедра и задней поверхности голени, в поясничной области	в передних мышцах бедра и задней группе мышц голени
3.	Сколиотический	на опорной ноге-боли в латеральном отделе бедра и медиальном отделе голени, на неопорной ноге-боли в медиальном отделе бедра и в латеральном отделе голени; в поясничной области	на опорной ноге - в мышцах абдукторов бедра и супинаторах стопы; на неопорной – абдукторах бедра в пронаторах стопы; дистрофические изменения в мышцах голени выражены больше, чем в мышцах бедра
4.	Гиперлордосколиотический	на опорной ноге-боли в задне-наружных отделах бедра, передне-медиальных отделах голени, а также в области передней брюшной стенки; на неопорной ноге-боли в задне-внутренних отделах бедра и передне-наружных отделах голени, а также в области передней брюшной стенки	на опорной ноге - в абдукторах и задней группе мышц бедра, передней группе мышц голени и супинаторах стопы; на неопорной – в абдукторах бедра и пронаторах стопы; изменения в мышцах голени более выражены, чем в мышцах бедра
5.	Кифосколиотический	в наружно-передних отделах бедра, задне-внутренних отделах голени, иногда боли в медиальных отделах бедра и латеральных отделах голени на другой неопорной ноге	в передней группе мышц бедра и абдукторах, задней группе мышц голени и супинаторах стопы; на неопорной ноге-абдукторах бедра и пронаторах стопы; изменения в мышцах голени выражены больше, чем в мышцах бедра

Для корешковых синдромов было характерным наличие резко выраженной боли. Она была интенсивной, пронизывающей (по словам больных, напоминающей разряд электрического тока), поверхностной, четко локализованной по дерматомам и миотомам. У всех больных с корешковыми синдромами наблюдались симптомы Ласега (прямой и перекрестный), Дежерина спинальный, Нери, посадки, отведения туловища. У половины больных выявились также симптомы Соколянского, «подкладной подушки».

Гипотония мышц голени или бедра выявлена при помощи миотонометрии у всех больных с корешковыми синдромами. Чувствительные расстройства установлены у всех больных, которые клинически проявлялись снижением болевой чувствительности корешкового характера в соответствии с зоной иннервации пораженных корешков. Снижение или отсутствие коленных рефлексов было у 73,4% больных.

Другими наиболее частыми клиническими проявлениями поясничного остеохондроза явились рефлекторно-защитные изменения конфигурации позвоночника, которые наблюдались у 41,1% больных. Сколиоз был диагностирован у большинства больных (12,0%), кифоз у 9,8%, гиперлордоз - у 8,9% и их сочетание - у 10,4%. Ограничение объема движений позвоночника наблюдалось у всех больных.

По данным объективного комплексного (клинического и инструментального методов) обследования больных были выявлены мышечно-тонические и дистрофические поражения мышц ног в зависимости от их вертебральных нарушений (рисунок 4). В связи с изменением конфигурации позвоночника у больных изменялось положение таза, одна из ног становилась опорной, «укорачиваясь», а другая неопорной. В перегружаемых группах мышц определялись явления нейроостеофиброза, которые во многом определяли локализацию болевых зон (таблица 1).

Из таблицы 1 видно, что локализация болей, мышечно-тонических дистрофических изменений определялись рефлекторно-защитными изменениями конфигурации позвоночника и клиническими вариантами люмбоишалгии. Характер и интенсивность болей определялись положением больного. Боли были менее выражены в положении лежа, усиливались в положении сидя, стоя, при ходьбе.

Обследование всех групп больных проводилось на базе санатории «Тулъпе» г.Бирштонас и включало общий анализ крови, мочи, рентгенографию, компьютерную томографию позвоночника, электромиографию, вегетотесты по Акабане, Риодораку и аурикулодиагностику, тщательное изучение анамнеза, соматического и неврологического статуса.

Мы проводили исследования иммунологического статуса у 18 больных остеохондрозом позвоночника, при этом оказалось, что у данных больных отмечалось снижение параметров иммунологического статуса (Ig G, Ig M, T и B лимфоцитов). После комплексного лечения методами рефлексотерапии и иммуномодуляторами повысились иммунологические показатели, что указывало на активизацию защитного резерва организма.

Для лечения больных применялись следующие методы: корпоральная и микроакупунктура, поверхностное многоигльчатое укалывание, ауриколотерапия, лазеропунктура и электропунктура, тракционное лечение, биопунктура, иммуномодуляторы и кинезитерапия.

Большинство из этих методов описаны в различных руководствах и монографиях, поэтому мы подробнее опишем только следующие методы:

**Стимуляционная ЭМГ** использовалась нами для оценки функционального состояния нейромоторного аппарата. Она позволяла получить количественные критерии тяжести поражения, необходимые для объективной оценки прогноза и эффективности лечения. ЭМГ проводилось при поступлении больного и после курса лечения. Анализировали следующие параметры вызванных потенциалов: пороги ВП в МА (пор М и пор.Н), латентные периоды ВП в мс (Лм и Лн), максимальную амплитуду ВП в мкВ (М макс. и Н макс.), высчитывался Н/М коэффициент, оценивали уровень возбудимости мотонейронов вычислением отношения макс. амплитуд Н- и М- ответов в % (Н макс. и М макс.).

**Кинезитерапия** – в подостром периоде начинается применение лечебной физкультуры, чтобы разгрузить позвоночник от статического отягощения и вытяжения, укрепить мышцы спины, повысить тонус центральной нервной системы, восстановить кровообращение и лимфообращение в области патологического очага, нормализовать трофику в поврежденных межпозвоночных дисках, тренировать сердечно-сосудистую систему; 5 – 7 упражнений по индивидуальной программе продолжительностью 30 мин.

**Тракционное лечение** – направлено на уменьшение внутридискового давления и нагрузки диска, увеличения межпозвоночной емкости с помощью аппарата Номеотрас на 5 – 10 – 15 день продолжительностью 20 – 30 мин.

**Биопунктура** – введение препаратов в точки акупунктуры при помощи безигольного инъектора.

В лечении использовался гомеопатический препарат Траумель С. В его состав входят компоненты растительного, животного и минерального происхождения. Препарат обладает противовоспалительным, обезболивающим, иммуностимулирующим, антиоксидантным действием. Применялся паравертебрально по 0,2 мл в ТА или 0,5 мл в одну триггерную зону через день. На курс лечения 7-8 ампул препарата.

Методы исследования способствовали не только постановке правильного клинического диагноза, выявлению того или иного болевого синдрома позвоночника, но и оценке эффективности проводимого лечения в основных и контрольной группах больных наряду с данными динамического наблюдения (длительность восстановительного периода) и катамнеза (длительность периода ремиссии).

Наряду с общепринятыми методами исследования (электромиография, рентгенография и лабораторные исследования) применялась диагностика по методике Акабана, Накатани, ауриколодиагностика.

**Методика Акабана** основана на определении порога болевой чувствительности на температурный раздражитель в 12 симметричных точках акупунктуры. Больным тест проводился до лечения и после лечения.

**Методика Накатани** основана на измерении электропроводимости в 24 репрезентативных точках акупунктуры и осуществлялось всем пациентам ежедневно для подбора ТА на лечебный сеанс, а также для оценки динамики состояния электрокожной проводимости (ЭП).

**Аурикулодиагностика** позволяет судить о вовлечении в патологический процесс подкорковых сомато-висцеральных структур и образований и проводилась всем пациентам ежедневно для выбора точек воздействия на ушной раковине и связанных с ними корпоральных точек.

**Методы лечения** – 384 больных с остеохондрозом позвоночника были разделены на шесть равных групп: пять основных (320 человека), которым проводилось курсовое моно и комплексное лечение акупунктурой, биопунктурой, электропунктурой, лазеропунктурой, тракционное лечение, кинезитерапия и иммуномодуляторы. (Таблица №.2).

Пунктурное воздействие осуществлялось симметрично, поскольку каналы парные. Основным выбран канал мочевого пузыря V(VII) *czu-tai-jan-pan-guan-czin* и лечение проводилось с 15<sup>00</sup> до 17<sup>00</sup>, когда он боли восприимчив к внешним сигналам. Курс комплексного лечения во всех группах состоял из пятнадцати процедур проводимых ежедневно по схеме 7 – 1 – 7 (семь дней с перерывом на один день).

Для снижения патологической ирритации из вертебральных и экстравертебральных очагов поражения назначали биопунктуру с Траумель С в акупунктурные и триггерные точки (V23, V25, V26, T4), по 0,2 мл. в каждую точку, не более 10 ТА, до 2,0 мл. суммарно.

Курс лечения методами рефлексотерапии проводили во всех группах.

**Таблица № 2.** Деление больных на группы в зависимости от метода лечебного воздействия

Группы больных	Время проведения процедур	Зоны и продолжительность воздействия	Метод лечения
Контрольная n = 64	15 <sup>00</sup> - 17 <sup>00</sup>	V23,30,36,37,38,40,60,62 VB30,34, E36,40, RP2, T4, Ig3, V62, TR6, P10, MC7, AT38,40,54,55 20-30 мин.	Акупунктура
I n = 64	15 <sup>00</sup> - 17 <sup>00</sup>	V23,30,36,37,38,40,60,62, VB30,34,39, E36,40, RP2, T4, Ig3, V62, TR6, P10, MC7, AT38,40,54,55 20-30 мин. Ункария томентоза 1200 мг. Харпагофитум прокумбенс 800 мг. Эхинацея пурпурная 200 мг.	Акупунктура и иммуномодуляторы
II n = 64	15 <sup>00</sup> - 17 <sup>00</sup>	V23, V25, V26, T4 Ig3, V62, TR6, AT40 20 – 30 мин. VB30, V40, V60, V62 8 – 10 мин. На 5 – 10 – 15 день 20 – 30 мин. 8 <sup>00</sup> – 12 <sup>00</sup> – 16 <sup>00</sup> - 20 <sup>00</sup>	Биопунктура Акупунктура Лазеропунктура Тракционное лечение Иммуномодуляторы
III n = 64	15 <sup>00</sup> - 17 <sup>00</sup>	V23, V25, V26, T4 P10, MC2, AT40,54 20 – 30 мин. VB30, V40, V60, T4, T2 20 мин. 5 – 10 – 15 день 20 – 30 мин. По схеме	Биопунктура Акупунктура Электропунктура Тракционное лечение Иммуномодуляторы
IV n = 64	15 <sup>00</sup> - 17 <sup>00</sup>	5 – 7 упражнений по индивидуальной программе 30 мин. V23, V25, VB30, AT40, T4 8 – 10 мин. По схеме	Кинезитерапия  Лазеропунктура Иммуномодуляторы
V n = 64	15 <sup>00</sup> - 17 <sup>00</sup>	5 – 7 упражнений по индивидуальной программе 30 мин. V23, V25, VB30, AT40, T4 20 мин. По схеме	Кинезитерапия  Электропунктура Иммуномодуляторы
Общее количество больных 384			

При лазеропунктуре использовали круглые и плоские линзы при наклонении лазера на 45<sup>0</sup> в сторону позвоночника, чтобы осветить межпозвонковые диски медленно продвигая лазер. (AT V40,60,31,32,33 и от Th12 до S5). Дополнительно воздействовали в проекции седалищного нерва 3 – 5 мин. и 1 – 2 мин. на ТА низкочастотным током от 2 до 10 Гц.

Исходя из результатов исследования, для достижения быстрого, пролонгированного и стабильного анальгезирующего и лечебного эффекта была разработана новая методика электропунктуры с постепенным уменьшением частоты электрического тока от 30 до 0,15 Гц с целью запуска сложных физиологических механизмов саногенеза на сегментарных и надсегментарных уровнях нервной системы.

Воздействовали на ТА: V23,30,40,60, VB30, GI11. Лечение проводилось ежедневно с 15<sup>00</sup> – 17<sup>00</sup> длительностью 25 – 30 мин. суммарно.

Тракционное лечение проводили с целью уменьшения внутридискового давления и нагрузки диска на 5 – 10 – 15 – дней лечения. Растяжение начинали с грузом 5 кг и увеличивали до 20 кг, а в конце процедуры постепенно уменьшали до нуля. Продолжительность процедуры равна 20 – 30 мин. После сеанса больного укладывали на кровать на 1,5 – 2 часа. Другие процедуры в день тракционного лечения не проводили.

Кинезитерапию применяли для разгрузки позвоночника, нормализации трофики в поврежденных межпозвонковых дисках и повышении тонуса центральной нервной системы. Лечебную гимнастику (5 – 7 упражнений) применяли в облегченных исходных положениях лежа на спине, боку, животе, стоя на четвереньках или в теплой воде. Продолжительность занятия 30 – 35 мин.

Курс акупунктурного лечения у больных I-ой группы (64 чел.) заключался в индивидуальном подборе ТА, составлении рецепта лечения и выбора метода воздействия на ТА. Длительность процедуры 20 – 30 мин.

Больным I-ой группы (64 чел.) проводился курс акупунктуры по индивидуальной рецептуре на 20 – 30 мин. с применением иммуномодуляторов: ункария томентоза (кошачий коготь) – 1200мг, харпагофитум прокумбенс (дьявольский коготь) – 800 мг. и Эхиноцея пурпурная 200 мг. на день.

Больным II-ой группы (64 чел.) проводился курс комплексного лечения методами рефлексотерапии: биопунктура с Траумель С в ТА (V23, V25, T4) через день; акупунктура в ТА (Ig3, V62, TR6, AT54) на 20 – 30 мин., лазеропунктура от 2 – 10 Гц на ТА (VB30, V40, V60) до 10 мин., тракция позвоночника на 5-10-15 день лечения продолжительностью до 30 мин., иммуномодуляторы четыре раза в день ( $8^{00} - 12^{00} - 16^{00} - 20^{00}$ ) в течении 15 дней.

Больным III-ей группы (64 чел.) как и во II-ой группе только вместо лазеропунктуры проводили курс электропунктуры с последующим уменьшением частоты электрического тока от 30 до 0,15 Гц, на ТА (VB30, V40, V60, T4, T2) продолжительностью 20 мин., биопунктуру в ТА (V23, V24, V25, T4) через день и иммуномодуляторы по схеме.

Больным IV-ой группы (64 чел.) проводился курс лазеропунктуры на ТА (V40, V60, V31, 32, 33 и от Th12 до S5) низкочастотным током от 2 до 10 Гц продолжительностью 10 – 15 мин. и лечебная гимнастика по индивидуальной программе вместе с иммуномодуляторами.

Больным V-ой группы (64 чел.) проводился курс электропунктуры на ТА (V23, V30, V40, V60, VB30, GI11) с постепенным уменьшением частоты электрического тока от 30 до 0,15 Гц продолжительностью 25 – 30 мин. и лечебная гимнастика по индивидуальной программе вместе с иммуномодуляторами.

### 3. Отдаленные результаты лечения или ремиссия

Отдаленные результаты лечения прослежены у 294 больных (76,5%) в течение 1-1,5 лет (рисунок 7). Было установлено, что эффективность лечения определяется особенностями каждого метода лечения. При комплексном лечении с применением методов акупунктуры, биопунктуры, лазеропунктуры, электропунктуры, тракционного лечения с иммуномодуляторами трудоспособность была восстановлена у 114 больных (89%). основных групп, из них у 49 (38%) - с рефлекторными синдромами и у 67 (52%) – с корешковыми синдромами. В контрольной группе трудоспособность восстановлена у 45 больных (70,3%), в том числе у 26 (40%) больных с рефлекторными синдромами после курса акупунктуры; при корешковых синдромах трудоспособность восстановлена у 19 (35%) больных.

С применением вариационно-статистической обработки материалов исследования методов сравнения средних был проведен сравнительный анализ длительности периода ремиссии в основных и контрольных группах больных.

У больных с рефлекторными синдромами были получены следующие данные: в контрольной группе (акупунктура) длительность периода ремиссии составила в среднем 9,9 мес. ( $\sigma=3,1,2$ ;  $m=\pm 0,78$ ); в первой основной группе (АП и иммуномодуляторы) - 10,3 мес. ( $\sigma=\pm 2,48$ ;  $m=\pm 0,62$ ), коэффициент достоверности  $t=0,4$ ; во второй группе (акупунктура, БП, ЛП и иммуномодуляторы) - в среднем 13,1 мес. ( $\sigma=3,72$ ;  $m=\pm 0,93$ ), коэффициент достоверности  $t=2,15$  ( $P<0,05$ ); в третьей группе (акупунктура, БП, ЭП и иммуномодуляторы) - в среднем 12,8 мес. ( $\sigma=3,92$ ;  $m=\pm 0,98$ ), коэффициент достоверности  $t=2,5$  ( $P<0,05$ ).

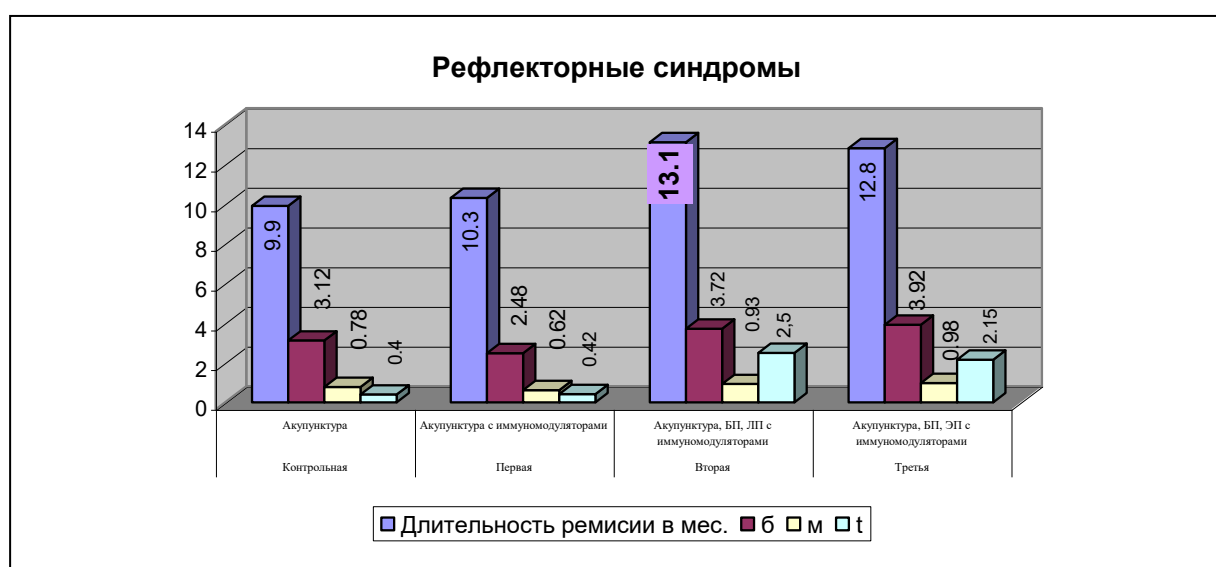
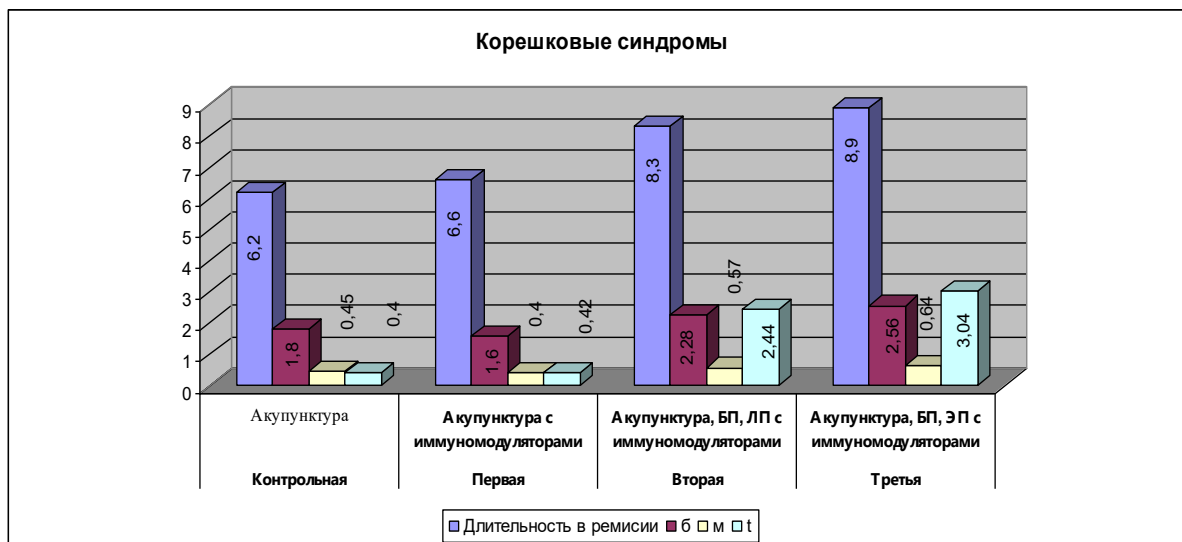


Рис.7. Длительность ремиссии у больных с дорсопатиями при рефлекторных синдромах в основных и контрольной группах. ( $P<0,01$ ) по отношению (к) группе



У больных с корешковыми синдромами результаты были следующими (рисунок 8): в контрольной группе длительность ремиссии была в среднем 6,2 мес. ( $\sigma=1,8$ ;  $m=\pm 0,45$ ); в первой группе 6,6 мес. ( $\sigma=1,6$ ;  $m=\pm 0,4$ ), коэффициент достоверности  $t=0,4$  ( $P<0,05$ ); во второй основной группе (акупунктуры, БП, ЛП и иммуномодуляторы) - в среднем 8,3 мес. ( $\sigma=2,28$ ;  $m=\pm 0,57$ ), коэффициент достоверности  $t=2,44$ ; в третьей группе (акупунктуры, БП, ЭП и иммуномодуляторы) - 8,9 мес. ( $\sigma=2,56$ ;  $m=\pm 0,64$ ), коэффициент достоверности  $t=3,04$  ( $P<0,01$ ).



**Рис. 8.** Длительность ремиссии у больных с дорсопатиями при корешковых синдромах в основных и контрольной группах. ( $P<0,01$ ) по отношению (к) группе

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что ремиссия заболевания в основной группе больных с болевыми синдромами остеохондроза позвоночника характеризовалась большей длительностью при рефлекторных синдромах. Особенно большая продолжительность ремиссии отмечена после применения лечения акупунктурой, БП, ЭП и иммуномодуляторов (третья группа).

Результаты лечения, полученные нами при проведении дифференцированного лечения с применением методов акупунктуры, БП, ЛП, ЭП и иммуномодуляторов при болевых синдромах остеохондроза позвоночника превышали показатели, приводимые другими исследователями, применявшими акупунктуру.

Комплексное исследование и лечение 384 больных с болевыми синдромами поясничного остеохондроза позволило установить, что эффективность лечения в основном определялась:

- 1) правильным отбором больных с учетом показаний и противопоказаний;
- 2) наличием или отсутствием грыж межпозвонковых дисков и явлений компрессии спинномозговых корешков;
- 3) наличием или отсутствием выраженной дегенеративной нестабильности позвоночника;
- 4) особенностями каждого метода лечения.

Проведенные исследования дали основание выявить следующие показания и противопоказания:

1. Лечение с помощью методов акупунктуры, биопунктуры, лазеропунктуры, электропунктуры, кинезитерапии и иммуномодуляторов **показано** при всех видах рефлекторных синдромов остеохондроза поясничного отдела позвоночника.
2. Применение методов акупунктуры, биопунктуры, лазеропунктуры, электропунктуры и иммуномодуляторов **показано** при корешковых синдромах поясничного остеохондроза, не требующих неотложного нейрохирургического вмешательства.
3. Лечение с помощью методов рефлексотерапии, кинезитерапии и иммуномодуляторов **показано** при слабо выраженных клинических проявлениях дегенеративной нестабильности позвоночника и стенозе позвоночного канала.
4. Необходимо **индивидуализировать** применение методов акупунктуры, биопунктуры, лазеропунктуры, электропунктуры, тракции позвоночника и иммуномодуляторов при рефлекторных и корешковых синдромах поясничного остеохондроза, воздействуя на:
  - ✓ АТ при лечении электропунктурой 20-30 минут,
  - ✓ АТ при лечении лазеропунктурой 0,5–3 минуты,
  - ✓ рефлексогенные зоны при лечении лазеропунктурой 6-8 минут,

✓ при тракции (растяжении) позвоночника 20-30 минут.

**Нецелесообразно** применять методы рефлексотерапии и кинезитерапии у больных:

- 1) при синдроме сдавления корешков конского хвоста или спинного мозга с явлениями тазовых нарушений вследствие грыжи межпозвоночных дисков;
- 2) при остром нарушении спинального кровообращения в результате компрессии корешково-спинальных артерий;
- 3) при резко выраженных клинических проявлениях дегенеративной нестабильности позвоночника и стенозе позвоночного канала;
- 4) при новообразованиях позвоночника;
- 5) при острых воспалительных заболеваниях спинного мозга;
- 6) при беременности.

В целях профилактики обострений дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника рекомендуется выполнять индивидуальную программу, которая составлена в процессе лечения и выдается на руки больному.

Индивидуальная программа предусматривает:

- ✓ комплекс индивидуально подобранных физических упражнений;
- ✓ рецептуру АТ и зон для точечного и зонального массажа;
- ✓ ограничение физическим трудом на начальном этапе лечения;
- ✓ применение иммуномодуляторов курсом один месяц с перерывом два месяца в течение 1,5 года.

*Разработанная программа оптимально обеспечивает мобилизацию собственных функциональных резервов организма, их более полное и адекватное использование, и таким образом добивается сохранения длительной ремиссии и работоспособности больных остеохондрозом позвоночника.*

При лечении иммуномодуляторами (ункария томентоза, харпагофитум прокумбенс, эхинацея пурпурная) противопоказаний не выявлено.

#### 4. Выводы

1. Разработана методика выявления точек акупунктуры, воздействие на которые различными методами рефлексотерапии (акупунктура, биопунктура, лазеропунктура, электропунктура) оказывает наиболее выраженный лечебный эффект. В комплекс объединены диагностика по методикам Акабана, Накатани, аурикулодиагностики, определение параметров ТА с выбором вида лечебного воздействия для каждой ТА и контроль за эффективностью проводимой процедуры.

2. В результате комплексного обследования больных определяли общую выраженность степени тяжести заболевания по СКПО = выраженность боли ВВ, коэффициент мышечной болезненности КБ, коэффициент мышечного напряжения КМН, коэффициент сгибания ноги КСН, симптом ипсилатерального напряжения многораздельной мышцы СИИ. Чем более абсолютная величина суммы показателей тем более выражены патологические проявления. Больным каждый день проводился тест Акабана, Накатани, аурикулодиагностика для оценки состояния акупунктурной системы и подбора точек воздействия на лечебный сеанс, что повысило эффективность лечения при рефлекторных синдромах до 91,4%, при корешковых – 79,7%.

3. Определена эффективность рефлексотерапии в комплексе с иммуномодуляторами при лечении остеохондроза позвоночника. На основании вариационно-статистической обработки материалов исследований проведено сопоставление продолжительности лечения в основных и контрольной группах методом сравнения средних.

При рефлекторных синдромах получены следующие результаты: в контрольной группе (акупунктура) длительность лечения составила в среднем 20,4 дня, в первой группе (АП и иммуномодуляторы)- 15,9 дня, коэффициент достоверности ( $p < 0,05$ ); во второй группе (акупунктуры, БП, ЛП и иммуномодуляторы) длительность лечения была в среднем 15,6 дня коэффициент достоверности ( $p < 0,05$ ); в третьей группе (акупунктура, БП, ЭП и иммуномодуляторы) - 15,1 дня, коэффициент достоверности ( $p < 0,05$ ).

Отмечалось повышение сниженного уровня IgG; IgM; Т и В лимфоцитов на 54,1% в сыворотке крови.

При корешковых синдромах результаты оказались следующими: в первой контрольной группе (акупунктура) длительность лечения составила в среднем 21,8 дня; в первой основной группе (АП и иммуномодуляторы)- 18,7 дня ( $p < 0,05$ ); во второй группе (акупунктура, БП, ЛП и иммуномодуляторы) - 16,5 дня ( $p < 0,05$ ); в третьей группе (акупунктура, БП, ЭП и иммуномодуляторы) - 16,2 дня ( $p < 0,05$ ).

Соответственно достоверно снизилась повышенная концентрация IgG; IgM; Т и В лимфоцитов в сыворотке крови на 44,3%.

Применение иммуномодуляторов с методами рефлексотерапии оказывает наиболее стабильный лечебный эффект и длительную ремиссию.

4. При применении акупунктуры длительность периода ремиссии составила 9 месяцев. У больных с рефлекторными синдромами были получены следующие данные: в контрольной группе (акупунктура) длительность периода ремиссии составила в среднем 9,9 мес.; в первой основной группе (АП и иммуномодуляторы) - 10,3 мес., во второй группе (акупунктура, БП, ЛП и иммуномодуляторы) - в среднем 12,8 мес.; в третьей группе (акупунктура, БП, ЭП и иммуномодуляторы) - в среднем 13,1 мес., коэффициент достоверности  $t=2,15$  ( $p<0,05$ ).

У больных с корешковыми синдромами результаты были следующими: в контрольной группе длительность ремиссии была в среднем 6,6 мес.; в первой группе 6,2 мес.; во второй основной группе (акупунктура, БП, ЛП и иммуномодуляторы) - в среднем 8,3 мес.; в третьей группе (акупунктура, БП, ЭП и иммуномодуляторы) - 8,9 мес., коэффициент достоверности  $t=3,04$  ( $p<0,01$ ).

Особенно большая продолжительность ремиссии достигнута при применении комплексного лечения методами рефлексотерапии и иммуномодуляторами от 7 до 13 месяцев и более.

5. Восстановительные комплексы, включающие акупунктуру, биопунктуру, лазеропунктуру, электропунктуру, тракционное лечение, кинезитерапию и иммуномодуляторы повышает эффективность лечения больных остеохондрозом позвоночника и способствует восстановлению не только нарушенных функций позвоночника, но и устранению следовых реакций при остаточных явлениях хронического заболевания и укреплению иммунного статуса больного.

Эффективность лечения зависит от метода лечения. После лечения акупунктурой улучшение наступило у 76,6% больных; при лечении акупунктурой и иммуномодуляторами у 81,3%; при лечении, включающего акупунктуру, БП, ЛП, ТЛ и иммуномодуляторы у 90,6%; больных, при лечении, включающего акупунктуру, БП, ЭП, ТЛ и иммуномодуляторы у 93,8% больных; при лечении, включающем кинезитерапию, акупунктуру, БП, ЭП и иммуномодуляторы IV и V группы мало отличалось от больных лечившихся только акупунктурой.

Исследования показали, что эффект различных методов лечения зависит от выраженности основных клинических проявлений остеохондроза позвоночника. При рефлекторных синдромах после акупунктуры, БП, ЛП, ТЛ и иммуномодуляторов улучшение отмечено у 91,4% больных, при корешковых синдромах – у 79,7% больных. Сравнительный анализ результатов рефлексотерапии показал, что более быстрый лечебный эффект наблюдался при дифференцированном комплексном лечении.

## 5. Практическая значимость

1. В результате проведенного исследования обоснованы, предложены и внедрены в практическое здравоохранение принципиально новые методы лечения заболеваний позвоночника, позволившие повысить эффективность лечения на 15-20% и удлинить период ремиссии заболевания до 1 года и более.
2. Определены границы терапевтического использования методов рефлексотерапии и иммуномодуляторов.
3. Разработаны и внедрены методы тракционного лечения и профилактики путем растяжения позвоночного сегмента с целью увеличения межпозвонковой емкости для диска.
4. Применение восстановительной терапии индивидуально к каждому больному способствовало более быстрому восстановлению трудоспособности, в среднем на 3-6 месяцев.
5. На основании клинических исследований разработаны показания и противопоказания к использованию различных методов восстановительной терапии у больных остеохондрозом.
6. Для больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника предложены способы специальной гимнастики, позволяющей быстрее восстановить нарушенные функции позвоночника и осуществить быстрый и безопасный переход к основному этапу тренировочного цикла.
7. На основании полученных клинических данных разработаны и внедрены в практику здравоохранения методические рекомендации.

## 6. Практические рекомендации

1. При дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника необходимо применять комплексные методы лечения, включающие в себя рефлексотерапию, тракционное лечение и иммуномодуляторы с приемами лечебной гимнастики.
2. Перед сеансом рефлексотерапии необходимо проводить компьютерную акупунктурную диагностику с целью определения функционального состояния 12-ти парных меридианов и составления индивидуальной рецептуры точек акупунктуры. У больных с болевым синдромом позвоночника динамику болевых ощущений определяют по изменению кожно-болевой чувствительности следующих АТ (V67, V63, V23, V31, R3, R7, АТ40, АТ54)
3. Перед началом лечения необходимо определить показания и противопоказания к применению метода рефлексотерапии.
4. В случае выявления противопоказаний к применению акупунктуры лечение больных необходимо проводить тракцию позвоночника в комплексе с иммуномодуляторами. При уменьшении болевого синдрома желательнее проводить комплекс лечебной гимнастики.
5. Рекомендуются проводить повторный профилактический осмотр через 8-12 месяцев, а при наличии симптомов заболевания назначить курс лечения.

## Literatūra

1. Гречко В.Е. Шейный остеохондроз. – М.Ж.Наука, 1983. – 48 с.
2. Водянов Н.М., Сулим Н.И., Корнилов Г.И., Ромашкина Л.В., Сыськова С.И. Комплексное консервативное лечение остеохондроза позвоночника.// Метод. Рекомендации НИИ травматологии и реабилитации Кузбаса, предназначенные для невропатологов, терапевтов, физиотерапевтов. Прокопьевск, 1988.-18с.
3. Водянов Н.М., Сулим Н.И. Применение бишофита у больных с патологией опорно-двигательного аппарата.// Актуальные вопросы курортологии Сибири и Дальнего Востока. - Белокуриха. - 1988. с. 126-127.
4. Водянов Н.М., Сулим Н.И., Ромашкина Л.В., Авраменко В.Ф., Мальцева М.Г., Робина С.И. Реабилитация больных с повреждением плечевого сплетения.// Памятка для врачей травматологов-ортопедов, невропатологов, хирургов.- Прокопьевск, 1988.-38 с.
5. Гойденко В. С. Структурно-функциональная теория механизма действия иглотерапии и микроиглотерапии. Учебное пособие.- М.б 1990.-42 с.
6. Гойденко В. С. Основные направления и перспективы развития научных исследований в акупунктуре // 1-ый Международный научный конгресс «Традиционная медицина и питание, теоретические аспекты». Материалы. -Москва, 1994.- с.52.
7. Табеева Д.М. Диагностическое значение электропунктометрического исследования в рефлексотерапии // Сов.мед. - 1987.-№ 3.-с.44-47.
8. Табеева Д.М. Иглоакупунктура. - М.: «Ратмос», 1994.-472с.
9. Скоромец А.А., Клименко А.В., Сулим Н.И., Баранович Е.Р., Васичкин В.Н., Водянов Н.М. Традиционные методы лечения больных остеохондрозом позвоночника (Под.ред.проф. Скоромца А.А. и Клименко А.В.) - Кемерово, 1993.-304 с.
10. Сулим Н.И., Полтев Г.Г. Локализация и лечение миофасциальных триггерных пунктов при дистрофических поражениях тазобедренных суставов.//Материалы I Международного конгресса «Традиционная медицина и питание: теоретические и практические аспекты». - Москва, 1994.-с.24.
11. Зиллов В.Г. К вопросу о механизмах закона Геринга « Разработка и внедрение новых методов и средств традиционной медицины.» М. 2003 г.
12. Василенко А.М. Акупунктурная иммуномодуляция: от эмпирики к науке // Юбилейная конференция посвященная 40-летию изучения и применения в России и странах СНГ диагностического и лечебного метода традиционной восточной медицины – чжень-цзю. Тез. докладов.-Н.Новгород.-1996.-с.33-35.
13. Журавлев В.Ф., Столыпин С.В. О показаниях и противопоказаниях рефлексотерапии и хирургического лечения неврологических нарушений при поясничном остеохондрозе. – В кн.: «Теория и практика рефлексотерапии». Кишинев, 1981, с. 153-158.
14. Любовцев В.Б., Иванов С.Е., Тягун В.С., Шевцов В.М. Автоматизированная система теста Риодорак // Электротехнические устройства и системы на основе микропроцессоров и микро ЭВМ.-Чербоксары, 1985.-с.42-47.
15. Любовцев В.Б., Григорьев Н.Г. Внедрение конвейерного метода в практику акупунктуры и перспективы его развития.// Российское совещание-семинар «Традиционная медицина практическому здравоохранению». Материалы., 1990.-с. 19-20.
16. Любовцев В.Б. Роль автоматизированной компьютерной рефлексотерапии профилактике заболеваний населения // Научно-практические аспекты управления и концепция развития здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования. Материалы.-Чербоксары, 1994.- с.83-85.
17. Любовцев В.Б., Семенов С.Л. Температурный раздражитель в акупунктуре // Научно-практическая конференция «Научные достижения в практику здравоохранения». Тез. докладов.- Чербоксары, 1990.-с.276-278.
18. Качан А. Т. Исследование механизмов действия акупунктуры при заболеваниях периферической нервной системы. - Сб, 1991.-42 с.
19. Качан А.Т., Попов Ю.А. Электронно-протонная теория электрогомеостаза человека // 2-й Международный научный конгресс Традиционная медицина: теоретические и практические аспекты Тез. докладов.-Чербоксары, 1996.-с. 142.
20. А.Зорис. Комплексная рефлексотерапия при лечении болевых синдромов позвоночника. Материалы научно – практической конференции. Каунас, 2000г. с.30-31
21. А.Зорис. Восстановительная терапия с применением антиоксидантов при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата. Актуальные вопросы вертебурологии. Научно – практическая конференция. Элк, 2000г. с.46-47
22. А.Зорис. Акупунктура, лазеропунктура и антиоксиданты в комплексном лечении спондилогенных болевых синдромов. Международный научный конгресс Традиционная медицина – 2000. Тез. докладов. Элиста, 2000г.

23. А.Зорис. Акупунктура, лазеропунктура и антиоксиданты в комплексном лечении артритов и деформирующих артрозов. Международный научный конгресс Традиционная медицина – 2000. Тез. докладов. Элиста, 2000г.

## S a n t r a u k a

# **DIFERENCIJUOTAS REFLEKSOTERAPIJOS IR IMUNOMODULIATORIŲ TAIKYMAS GYDANT STUBURO OSTEOCHONDROZE SERGANČIUS LIGONIUS**

## **A. Zorys**

*Компьютеринės акупунктūros klinika, Kaunas*

Straipsnyje aprašyta autoriaus sukurta metodika, kuria naudojantis pagal temperatūrinį testą galima tikslingai parinkti taškus akupunktūriniam receptui sudaryti ir refleksinio poveikio lygiui dozuoti. Palyginamuosiuose tyrimuose buvo išnagrinėtos akupunktūros, biopunktūros, elektropunktūros, lazerioterapijos, tracinio gydymo, kineziterapijos, imunomoduliatorių galimybės ir jų poveikis centrinės ir periferinės nervų sistemos parametrams. Sudaryta palyginamoji charakteristika tarp juosmens skausmo sindromų slopinimo ir šių ligonių stuburo funkcijos normalizavimo suderintos patologijos atvejais. Išaiškintas akupunktūros efektyvumas priklausomai nuo ligonio fizinės būklės bioritmo aktyvumo. Atlikus šiuos tyrimus atsirado galimybė sukurti apibrėžtą dorsopatijos gydymo metodą naudojant akupunktūrą, biopunktūrą, elektropunktūrą, lazerioterapiją, tracinį gydymą, kineziterapiją, imunomoduliacinius.

Sukurtos ir įsisavintos metodikos buvo ištyrtytos klinikiniuose–funkciniuose bandymuose, kuriuos atlikus buvo galima įvertinti akupunktūros, biopunktūros, elektropunktūros, lazerioterapijos, tracinio gydymo, kineziterapijos, imunomoduliatorių naudojimo reikšmę ir eiliškumą. Buvo išaiškintas jų poveikio mechanizmas slopinant juosmens skausmo sindromus ir kitų tipų dorsopatijas. Pastebėtas dėsningumas tarp juosmens skausmo sindromų slopinimo ir kitų stuburo funkcinių sutrikimų normalizavimo ir stabilizavimo.

Įvertinus pasiūlytų metodikų poveikį vegetacinei ir centrinei nervų sistemai buvo galima prognozuoti tolimesnę gydymo eigą ir ligos remisijos laikotarpį.