

Новые возможности радонотерапии в комплексной реабилитации больных ортопедо-травматологического профиля

Авторы: Микрюков Л.А., Кочетков А.В., Панфиленко В.И.

Центр радонотерапии ФГУЗ ЦКБВЛ и кафедра восстановительной медицины ФГУОУ ДПО ИПК ФМБА России, ООО «ПМП «ЛАРАД»

Актуальность: с ростом числа заболеваний опорно-двигательного аппарата растет и число осложнений от приема фармпрепаратов, в частности, нестероидных противовоспалительных средств (НПС). В связи с этим становится актуальным поиск новых средств в медицинской реабилитации этой категории больных, среди которых важное место принадлежит радонотерапии (Разумов А.Н. 2005г., Пономаренко Г.Н. 2004г., Кочетков А.В. 2005г., Боголюбов В.М. 2007г.).

Цель: обобщить результаты медицинских испытаний новых лечебных концентратов радона-222 (таблетка (концентрат) радоновый ТРК- «ЛАРАД», аппликатор радономасляный АР- «ЛАРАД» (АРМ)) в ряде клиник при реабилитации больных с патологией локомоторного аппарата и периферической нервной системы. Лечебные концентраты радона-222 (ТРК-«ЛАРАД», АРМ) разработаны в Обществе с ограниченной ответственностью «Производственно-методическое предприятие «Ларад».

Методы: аппликатор радономасляный выпускается в пластиковой упаковке (одноразовый шприц), содержащей 2 мл вазелинового масла, насыщенного радоном. Шприцы пронумерованы с увеличением последовательности применения. Шприц вскрывается непосредственно перед использованием. Путем выдавливания масло тонким слоем наносится на кожную поверхность. Содержимое одного шприца позволяет нанести препарат на поверхность кожи площадью до 200 см². Объемная (удельная) активность содержимого равна 500-750 Бк/мл, курс применения составляет 10-12 процедур, продолжительность каждой 20 - 30 минут. АРМ применяли для больных ортопедо-травматического профиля: дорсопатия, деформирующий остеоартроз, ревматоидный полиартрит, состояние после операции дискэктомии пояснично-крестцового уровня, наличие противопоказаний к применению НПС. Оценивалась: выраженность болевого синдрома по 10 балльной аналоговой шкале, переносимость процедур, местные или общие побочные явления. Достоверность различий между контрольными группами и группами больных, которые применяли АРМ, определялась с использованием парного t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $P < 0,05$.

Всего было пролечено 290 больных реабилитации в возрасте от 28 до 67 лет, средний возраст 56 лет.

Результаты: медицинские испытания АРМ проводились в клинических больницах №№ 83, 86,119, ЦКБВЛ ФМБА и на кафедрах травматологии, ортопедии, военно-полевой хирургии МГМСУ. Получен положительный клинический эффект: уменьшение или полное исчезновение боли, увеличение объема движений и выносливости мышц у 50-78% больных. Положительная динамика (уменьшение площади опоры, нормофизиологический тип распределения и колебаний центра тяжести) хорошо коррелирует с регрессом боли и воспаления. Развитие устойчивого обезболивающего эффекта дает возможность уменьшить дозировку медикаментозной терапии, расширить программу двигательной реабилитации. Отмечается положительная динамика и по данным стимуляционной электромиографии: улучшение параметров F-волн, рост амплитуды исходно сниженного M-ответа, рост скорости прохождения импульса по двигательным волокнам периферических нервов. По данным стабилотрии отмечается уменьшение площади опоры, более равномерное распределение центра тяжести между конечностями. В своем большинстве АРМ применялись при малой эффективности комплексной программы восстановительного лечения: анальгетики, местное применение НПВС, физиотерапия, ЛФК в щадящем режиме. Каких либо побочных явлений при применении АРМ не наблюдалось.

Выводы: таким образом, проведенные исследования показали высокую эффективность использования АРМ в медицинской реабилитации и, следовательно, имеются все основания рекомендовать их применение в комплексном восстановительном лечении больных с заболеваниями опорно-двигательной системы как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.