

ID: 2013-01-4011-R-1820

Краткое сообщение

Миненко И.А.

Нелекарственное лечение дорсалгий

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, кафедра нелекарственных методов лечения и клинической физиологии

Боль в спине - одна из актуальных проблем современной медицины. В возрасте от 30 до 55 лет боли в спине являются одной из наиболее частых причин потери трудоспособности. При этом только 40% больных обращаются за медицинской помощью. Известно также, что у трети пациентов впоследствии острая боль переходит в хроническую, которая сохраняется более 12 недель. Наиболее частой причиной боли в спине являются дорсопатии. Дорсопатии - группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, ведущим симптомокомплексом которых является боль в туловище и конечностях невисцеральной этиологии.

Миофасциальные синдромы, по данным ВОЗ, выявляются у 54% пациентов с дорсопатиями. Эти боли провоцируются активацией триггерных точек (ТТ), представляющими собой фокус повышенной болевой раздраженности в мышце или ее фракции, вызывающий отраженную боль при давлении или движении на фоне вегетативных проявлений.

Диагностические критерии миофасциального болевого синдрома разделены на две группы: большие и малые. Для постановки диагноза необходимо наличие всех 5 больших критериев и одного из 3 малых.

Большие критерии включают в себя:

- 1) жалобы на региональную боль;
- 2) пальпируемый "тяж" в мышце;
- 3) участок повышенной чувствительности в пораженной мышце;
- 4) отраженную боль или чувствительные расстройства;
- 5) ограничение объема движений.

Малые критерии могут варьироваться, но всегда присутствует один признак из трех имеющихся:

- 1) воспроизводимость боли при стимуляции ТТ;
- 2) локальное подергивание при пальпации ТТ;
- 3) уменьшение боли при растяжении или введении инъекции в ТТ.

Целью исследования является создание алгоритма комплексной реабилитации дорсалгий в целях восстановления функциональных резервов организма с использованием неинвазивных методов лечения.

Материалы и методы

Клиническое исследование проведено у 86 пациентов, в возрасте от 25-ти до 60-ти лет, 68 мужчин, 18 женщин. Клинико-инструментальная диагностика показателей МФБС осуществлялась с целью получения наиболее объективной информации об указанной патологии и состояла из клинического и электромиографического обследования.

Клиническое исследование включало: общий осмотр – походка, осанка, положение тела, конституциональные особенности, наличие дизрафических признаков, кинестезическую пальпацию.

Для количественной характеристики мышечного синдрома рассчитывали специальный индекс, определяемый суммой баллов субъективных и объективных признаков (Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А., 1995,):

$$ИМС = ВСБ + Т + Б + ПБ + СИ,$$

где ИМС - индекс мышечного синдрома (максимум 15 баллов); ВСБ — выраженность спонтанных болей (3-балльная шкала); Т - тонус мышцы (3-балльная шкала); Б - болезненность мышц (3-балльная шкала); ПБ - продолжительность болезненности (3-балльная шкала); СИ - степень иррадиации (3-балльная шкала).

Для проведения лечения были выбраны следующие методы: рефлексотерапия, мануальная терапия, конституциональная гомеопатия.

Результаты

Нами установлено, что у всех пациентов, которые поступили на лечение, отмечались весьма значительные изменения в различных функциональных системах, которые не только подтверждались объективными инструментальными и лабораторными данными, но и многочисленными жалобами пациентов на свое психофизиологическое состояние. Хронические болевые синдромы встречались в нашем исследовании значительно чаще, чем острые (74 пациента, 86,0%). Возникают они без значительной видимой причины. Длительность их колеблется от нескольких месяцев до нескольких лет. Начало развития хронического болевого синдрома часто проходит незамеченным (57 пациентов, 66,3%). Порой боль носит перемежающийся характер, заметно усиливается после физической или постуральной нагрузки. Часто пациента беспокоит чувство дискомфорта в спине. Клинические проявления обычно не такие яркие, как при острой дорсалгии: интенсивность болевых ощущений умеренная, движения в различных отделах позвоночника ограничены незначительно.

Источниками боли при хронической дорсалгии также являются измененные структуры опорно-двигательного аппарата. При пальпации у 69 пациентов (80,2%) в определенных мышцах выявляются латентные триггерные точки или болезненные очаги миогедеза, в 52,3% (у 45 пациентов) обнаруживается болезненность в местах прикрепления сухожилий к костям (энтезопатия). Применение функциональных проб позволяют обнаружить широкий спектр поражений: от функциональной блокады или

нестабильности до структурных изменений. Клинически актуальный артроз различных суставов и лигаментоз также могут явиться причиной хронической боли.

Хроническая мышечно-скелетная дорсалгия по своему патогенезу отличается от острой. Декомпенсация возрастных дистрофических изменений в мышечно-скелетных структурах, а также дисфункция отдельных мышц или суставов под влиянием повышенной нагрузки приводят к формированию источников ноцицепции с последующим сегментарным и супрасегментарным ответом. Мышечная защита выражена неярко и не сопровождается заметным ограничением движений. При исследовании психического состояния у 32 человек (37,2%) наряду с признаками ипохондрии и депрессии мы обнаружили "рентное" отношение к болезни. У 77 пациентов (89,5%) развилось "болевое поведение" со значительным снижением круга жизненных интересов и социальной дезадаптацией.

Алгоритм комплексной реабилитации дорсалгий: после диагностики и осмотра пациента при имеющемся выраженном болевом синдроме лечение начинается с воздействия на рефлексогенные зоны лечебным аппликатором «Доктор Redox». Больной лежит на пластине лежака в течение 30-40 минут. В 70% случаев пациенты отмечают отчетливое уменьшение болевого синдрома. Затем проводится комплексное лечение в следующей последовательности (при отсутствии противопоказаний для применения отдельных методов).

Мануальная терапия: мягкотканые техники, лечение диафрагм (при их рестрикции), суставные техники (по показаниям), тракция, баночный или вакуумный массаж.

Применение мягкотканых и тракционных техник оправдано практически в любом случае, ибо все заболевания данной группы сопровождаются выраженной миофасциальной дисфункцией, уменьшением вертикального размера межпозвонкового отверстия, уменьшение резервного пространства диска. Вследствие тракции происходит снятие компрессионного механизма возникновения боли, увеличивается суставная щель дугоотростчатых сочленений, и таким образом уменьшается степень компрессии (болевого синдрома соответственно). Часто после мануального обследования выявляются блокады в сочленениях таза, крестца, что сопровождается ограничением подвижности (патерности движения) в тазобедренных суставах – внутренняя ротация, приведение отведение, экстензия, флексия, наружная ротация. Тазобедренные суставы часто манифестируют болями в поясничной области. Кроме того, пациенты не могут лежать на больном боку. В этом случае проводить мобилизацию тазобедренных суставов, включаем в лечение приемы, улучшающие работу синовиальных сумок, что улучшает их гидродинамику, улучшая движения внутрисуставной жидкости. Целесообразным так же является мобилизация тазовых связок, что в сочетании с мобилизацией крестца в конечном итоге увеличивает подвижность в крестцово-подвздошных сочленениях L5-S1, ПДС, приводит к исчезновению болевого синдрома.

Следующий этап лечения дорсалгии - рефлексотерапия с использованием сочувственных и отдаленных точек, точек общего действия: корпоральная ИРТ, аурикулярная ИРТ, многоигольчатая ИРТ, Су-Джок ИРТ.

При выраженном болевом синдроме, ограничении подвижности в конце сеанса иглотерапии производилось прогревание акупунктурных точек полынной сигарой через иглу до появления стойкой гиперемии, что значительно усиливало обезболивающий эффект.

Конституциональная гомеопатия. Завершается лечебный цикл подбором конституционального гомеопатического препарата. Гомеопатические препараты были подобраны строго индивидуально: в зависимости от конституции, характерологических особенностей пациентов, степени проявления симптомов и модальностей заболевания. Лечение проводилось в виде перорального применения гомеопатической крупки (Ambra grisea - 30; Argentum nitricum - 12, 30; Arnica montana - 12, 30; Aurum metallicum - 30; Belladonna - 12, 30; Bryonia alba - 12; Causticum - 30; Cocculus - 12; Gelsemium - 12; Ignatia - 12, 30; Nux vomica - 12, 30; Phosphorus - 12, 30; Rhus Toxicodendron - 12, 30; Zincum metallicum - 12, 30). Результаты лечения анализировались на основании гомеопатического закона Геринга, который позволяет оценить правильность подбора и эффективность лечебного воздействия препарата, а также проследить динамику заболевания.

В ходе применения вышеописанных методов нелекарственной терапии дорсалгий клиническая эффективность составила 96,2%, что значительно превышает среднестатистические цифры эффективности при использовании монометодов.

Заключение

Считаем целесообразным внедрение вышеописанного алгоритма нелекарственного лечения в широкую медицинскую практику и дальнейшее совершенствование комплексной реабилитации дорсалгий в целях восстановления функциональных резервов организма. Лечение пациентов с хроническими болевыми синдромами целесообразно проводить в амбулаторном специализированном отделении.