

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МАССАЖНОЙ КРОВАТИ «NUGA-BEST NM 5000» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ЛЮМБАЛГИЕЙ

И.А.Буренина, Д.Р.Закирова

*Кафедра реабилитологии и спортивной медицины КГМА, Казань, Россия
Клинический госпиталь № 1 МСЧ МВД по РТ, Казань, Россия*

Реферат. Было проведено исследование эффективности применения инфракрасной массажной стимуляции (аппарат «Nuga-Best NM 5000») в комплексном лечении больных с болью в нижней части спины, обусловленной вертеброгенной патологией. Полученные положительные результаты свидетельствуют о целесообразности включения данного метода лечения (при отсутствии противопоказаний) в комплексную терапию больных, страдающих болями в нижней части спины.

Ключевые слова: боли в нижней части спины, поясничная боль, люмбагия, инфракрасная массажная стимуляция.

THE EFFICIENCY OF MULTYFUNCTIONAL MASSAGE BED «NUGA-BEST NM 5000» APPLIANCE IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENS WITH VERTEBRAGENOUS PATHOLOGY

I.A. Bourenina, D.R. Zakirova

*Department of Rehabilitology and Sports Medicine of Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia
Clinical Hospital of Medico-Sanitary Department of Ministry of Internal Affairs of Republic of Tatarstan, Kazan, Russia*

Abstract. Efficiency of infrared massage stimulation appliance («Nuga-Best NM 5000» apparatus) in complex treatment of patients with low back pain conditioned by vertebrogenous pathology has been examined. Received positive results indicate the advisability of including the described method (subject to absence of contraindications) into complex therapy of patients suffering from low back pain.

Key words: low back pain, lumbago, infrared massage stimulation.

Боль в нижней части спины (low back pain) или поясничная боль определяется как боль, которая локализуется между XII парой ребер и ягодичными складками. Боли в пояснице относятся к самым распространенным симптомам поражения опорно-двигательного аппарата [3, 11, 14]. Поясничная боль является второй по частоте после респираторных заболеваний причиной обращаемости к врачу и третьей причиной госпитализации. 30—60% населения развитых стран страдают периодически повторяющимися болями в спине, и до 80% от всех болей в спине приходится на поясничную область спины. Поясничными болями могут страдать все возрастные категории, однако пик заболеваемости приходится на возраст от 30 до 60 лет, т.е. в период максимальной трудоспособности. До 25% взрослого населения в разных странах мира хотя бы раз в жизни отсутствовали на работе из-за болей в спине [4, 6, 11, 14].

Боль в нижней части спины (БНС) — неспецифический симптом, который может быть вызван множеством причин. Обычно его классифицируют по анатомическому и временному признакам (вертеброгенная и невертеброгенная, острая, подострая и хроническая боль), а также различают механическую и воспалительную, первичную и вторичную, специфическую и неспецифическую дорсалгию [3, 6, 11, 12].

Первичный синдром боли в нижней части спины (БНС) — это болевой синдром в спине, обусловленный дистрофическими и функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата. Это, прежде всего, остеохондроз (дистрофическое поражение межпозвоночного диска и прилежащих к нему

тел позвонков с формированием спондилеза) и спондилоартроз (артроз межпозвоночных суставов, являющихся обычными синовиальными суставами). Вторичный синдром боли в нижней части спины (БНС) может быть связан с врожденными аномалиями, травматическими поражениями позвоночника, опухолями и инфекционными процессами, остеопорозом, заболеваниями внутренних органов [3, 6, 11, 12].

Немедикаментозные методы лечения широко используются в борьбе с различными болевыми синдромами. Оптимальный физический фактор выбирается дифференцированно в зависимости от этиологии и патогенеза возникновения болевого синдрома, стадии заболевания, индивидуальной переносимости и наличия сопутствующих заболеваний [3, 4, 6, 11, 13].

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности инфракрасной массажной стимуляции (аппарат «Nuga-Best NM 5000») в комплексном лечении больных с болью в нижней части спины, обусловленной вертеброгенной патологией.

Под наблюдением находилось 60 пациентов в возрасте от 27 до 58 лет с люмбагией, обусловленной деформирующим спондилоартрозом соответствующих двигательных сегментов. Средний возраст больных составил 41 год, группа пациентов состояла из 38 мужчин и 22 женщин с длительностью заболевания от 2 до 12 лет. Критериями исключения больных из исследования были высокая интенсивность боли, острый период заболевания, наличие в анамнезе операций и травм позвоночника, спондилолистеза, остеопороза и сопутствующие заболевания.

Динамика интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) до и после лечения у больных с БНС (n=60)

Группа больных	Боль в баллах по ВАШ при поступлении в стационар у больных в %	Боль в баллах по ВАШ на 9—10-й день лечения у больных в %	Боль в баллах по ВАШ после лечения у больных в %
Основная группа (n=40)	6,4±0,8 (100%)	4,2±0,5 (100%)	2,6±0,08 (100%)
Контрольная группа (n=20)	6,2±0,6 (100%)	5,4±0,6 (100%)	4,3±0,4 (100%)

Таблица 2

Динамика подвижности позвоночника в поясничном отделе до и после лечения у больных с БНС (n=60)

Показатель	Вид данных	Основная группа (n=40)	Контрольная группа (n=20)
Тест Шобера	Исходные	11,35±1,30	11,55±1,50
	Конечные	14,1±1,50	12,5±1,10
Тест Томайера	Исходные	8,50±2,50	7,90±2,75
	Конечные	3,50±2,20	5,20±2,20

Таблица 3

Динамика основных показателей теста «САН» до и после лечения у больных с БНС (n=60)

Группа больных	Основные показатели теста «САН»					
	Самочувствие		Активность		Настроение	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Основная группа (n=40)	2,8±0,8	5,8±0,8	2,4±0,7	6,2±0,8	2,2±0,6	5,9±0,4
Контрольная группа (n=20)	2,9±0,4	4,7±0,6	2,3±0,7	4,8±0,6	2,3±0,2	5,2±0,4

Все пациенты прошли обследование, включающее клиничко-неврологический осмотр, нейроортопедический осмотр, рентгенографию поясничного отдела позвоночника, биохимический анализ крови, компьютерную томографию (КТ), или магнитно-резонансную томографию (МРТ), позвоночника при показаниях, психометрическое тестирование, которое включало в себя субъективную оценку болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (от 0 до 100 мм) и тест субъективной оценки состояния больного «САН» (самочувствие, активность, настроение).

После первичного обследования методом случайного отбора больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 40 пациентов, получавших стандартный общепринятый комплекс лечения в сочетании с инфракрасной массажной стимуляцией на многофункциональном аппарате «Nuga-Best NM 5000», сочетающем в себе различные методы воздействия, такие как рефлексотерапия, мануальное воздействие, физиотерапия инфракрасным излучением и отрицательная аэроионотерапия [2]. Сеансы проводили ежедневно курсом до 15 процедур, продолжительность воздействия составляла от 20 до 40 мин. Вторую (контрольную) группу составили 20 больных, получавших только стандартный комплекс лечения. Для пациентов обеих групп стандартный комплекс лечения включал нестероидные противовоспалительные препараты, сосудистые препараты, витамины группы В и др., низкочастотную импульсную терапию (СМТ или ДДТ), магнитолазерную терапию, массаж, ЛФК.

Эффективность проведенного лечения оценивали по выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), динамике подвижности позвоночника по пробам Томайера и Шобера и по тесту субъективной оценки состояния «САН».

Через 10 дней после начала лечения уровень боли снизился у пациентов основной группы на

34,4% (с 6,4±0,8 до 4,2±0,5), а у пациентов контрольной группы — на 13% (с 6,2±0,6 до 5,4±0,5). После окончания курса лечения уровень боли у пациентов основной группы снизился на 59,4%, у контрольной группы — на 30,6%.

Ограничение объема активных движений в поясничном отделе позвоночника выявлено у 100% пациентов.

Из табл. 2 видно, что после окончания курса лечения у пациентов основной группы произошло наиболее значительное улучшение показателей подвижности позвоночника по пробам Шобера и Томайера, чем у пациентов контрольной группы.

По данным анализа показателей теста «САН» в основной группе произошло более выраженное, чем в контрольной группе, повышение показателей уровня самочувствия, активности и настроения. По шкале «самочувствие» на 3,0 балла в основной группе, а в контрольной — на 1,9 балла. Показатели «активности» возросли в основной группе на 3,8 балла, в контрольной на 2,5 балла, а уровень настроения на 3,7 и 2,9 балла соответственно.

Таким образом, у группы пациентов, получавших дополнительно к основному лечению инфракрасную массажную стимуляцию, по сравнению с контрольной группой отмечалось более выраженное ослабление интенсивности болевого синдрома, увеличение подвижности позвоночника и улучшение общего самочувствия, активности и настроения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголюбов, В.М. Медицинская реабилитация: руководство: в 3 т. / В.М.Боголюбов; под ред. В.М.Боголюбова. — М., 2007.
2. Бодрова, Р.А. Эффективность комбинированного физиотерапевтического воздействия при болях в спине / Р.А.Бодрова, А.А.Исмагилова // Нелекарственная медицина. — 2007. — № 3. — С.42—45.
3. Вейн, А.М. Болевые синдромы в неврологической практике / А.М.Вейн. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 368 с.

4. Гольдблат, Ю.В. Немедикаментозные методы лечения болевых синдромов / Ю.В.Гольдблат // Нелекарственная медицина.—2007.—№ 3.—С.20—25.
5. Гурленя, А.М. Физиотерапия и курортология нервных болезней / А.М.Гурленя, Г.Е.Багель.—Минск, 1989.—397 с.
6. Подчуфарова, Е.В. Боль в пояснично-крестцовой области: диагностика и лечение / Е.В.Подчуфарова // Русский медицинский журнал.—2004.—№ 10.—С.581—584.
7. Пономаренко, Г.Н. Частная физиотерапия: учеб. пособие / Г.Н.Пономаренко; под. ред. Г.Н.Пономаренко.—М.: ОАО «Изд-во Медицина», 2005.—744 с.
8. Попов, П.С. Справочник по курортологии и физиотерапии заболеваний нервной системы / П.С.Попов.—Кишинев, 1989.—278 с.
9. Стрелкова, Н.И. Физические методы лечения в неврологии: метод. рекомендации / Н.И.Стрелкова.—М., 1991.—315 с.
10. Ушаков, А.А. Современная физиотерапия в клинической практике / А.А.Ушаков.—М.: АНМИ, 2002.—364 с.
11. Хабиров, Ф.А. Лечебно-реабилитационные мероприятия при вертеброгенных болях / Ф.А.Хабиров, Ф.И.Девликамова, А.Г.Нугайбеков // Вертеброневрология.—2002.—№ 1—2.—С.42—50.
12. Хабиров, Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника / Ф.А.Хабиров.—Казань: Медицина, 2006.—520 с.
13. Birklein, F. Mechanism-based treatment principles of neuropathic pain / F.Birklein // Fortsch. Neurol. Psychiatr.—2002.—№ 70 (2).—P.88—94.
14. Gatchel, R.J. Lower back pain: psychosocial issues. Their importance in predicting disability, response to treatment and search for compensation / R.J.Gatchel, M.A.Gardea // Neurologic clinics.—1999.—Vol. 17.—P.149—166.

УДК 616.65-002-036.12-085.847

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕГУЩЕГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

И.А.Буренина, В.В.Хасанов

*Кафедра реабилитологии и спортивной медицины КГМА, Казань, Россия
Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, Казань, Россия*

Реферат. Описан клинический опыт применения бегущего магнитного поля в комплексном лечении 40 больных, страдающих хроническим простатитом преимущественно неинфекционного генеза. Полученные результаты свидетельствуют о более высокой эффективности лечения с применением бегущего магнитного поля по сравнению с группой больных, получавших только стандартный общепринятый комплекс лечения, что свидетельствует о целесообразности включения данного метода в комплексную терапию больных, страдающих хроническим простатитом.

Ключевые слова: хронический простатит, простатодиния, хронический тазовый болевой синдром, низкочастотная магнитотерапия.

THE EFFICIENCY OF RUNNING MAGNETIC FIELD APPLIANCE IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC PROSTATITIS

I. A. Bourenina, V. V. Khasanov

*Department of Rehabilitology and Sports Medicine of Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia
Clinical Hospital of Medico-Sanitary Department of Ministry of Internal Affairs of Republic of Tatarstan, Kazan, Russia*

Abstract. Magnetic field clinical practice in complex treatment of 40 patients suffering from chronic prostatitis of mainly noninfectious origin has been described. Received results indicate much higher efficiency in treatment applying running magnetic field than standard conventional treatment of patients. The results show advisability of including this method into complex therapy of patients suffering from chronic prostatitis.

Key words: chronic prostatitis, prostatodynia, pelvic pain syndrome, low-frequency magnetotherapy.

Хронический простатит является одним из наиболее частых заболеваний у мужчин. Считается, что более половины мужского населения имеют это заболевание, при этом в подавляющем большинстве случаев заболевание выявляется в возрасте до 40 лет, т.е. в период наибольшей трудовой и репродуктивной активности. Актуальность проблемы имеет большое медико-социальное значение ввиду длительного, рецидивирующего течения заболевания, нарушающего копулятивную и репродуктивную функции, снижающего качество жизни больного и приводящего к астенизации и нарушениям в психоэмоциональном статусе пациентов [2, 3, 9, 10].

В этиологии хронического простатита ведущую роль играют два фактора — инфекция и конгестивные (застойные) процессы в предстательной железе. Инфекционный фактор предполагает развитие заболевания вследствие внедрения микроорганизмов в ткань предстательной железы. Хронический бактериальный простатит является не частым заболеванием, и его встречаемость не превышает 7—10% случаев хронического простатита [2, 3, 14].

В основе конгестивного фактора лежат застойные изменения в венозном русле малого таза и нарушение дренирования ацинусов предстательной железы. Большинство исследователей принято мнение, что в настоящее время более чем у двух третей больных