

ОБЩАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИОФАСЦИАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*Барташевич В.В., Прибежищяя Г.Н., Куделькина Л.В., Коротенко В.А.,
Карпенюк К.В., Горюнов С.И.
НИИ нейроортопедии и восстановительной медицины, г. Сочи*

Болевые синдромы поясничной локализации являются одной из актуальнейших проблем современной медицины из-за высокой распространенности среди лиц трудоспособного и нетрудоспособного возраста [5; 6; 13].

В клинических проявлениях миофасциального болевого синдрома (МФБС) выделяют три стадии. Заболевание первой стадии проявляется местными мышечно-фасциально-связочными болями. При второй стадии алгические проявления приводят к формированию патологически измененного двигательного стереотипа. МФБС третьей стадии отягощается развернутыми вегетативными, инсомническими и депрессивными расстройствами [1; 6].

Клинический полиморфизм заболевания, выражающийся в наличии болезненных миофасциальных уплотнений, возникновении различных по интенсивности зон локальных и отраженных болей, заинтересованности сенсорных, двигательных и вегетативных структур и длительном хроническом течении, ухудшающем качество жизни, требует разнообразных и эффективных схем и методов лечения [1; 5; 6; 8; 11; 12; 13].

Известно, что магнитотерапия оказывает общее и локальное действие на организм человека, активизирует метаболические процессы и локальный кровоток, оказывает противоотечное, противовоспалительное, седативное действие, широко используется в лечении заболеваний периферической нервной системы, полиневритов и вегеталгий [3; 10]. В настоящее время широкое применение находит общая магнитотерапия (ОМТ) вращающимся магнитным полем, реализуемая на аппарате «Магнитотурботрон». В перечне показаний к применению «Магнитотурботрона» есть симптомы и проявления, составляющие клиническую картину МФБС. Публикаций, посвященных использованию ОМТ при лечении поясничного МФБС недостаточно. В связи с этим целью данного исследования явилось изучение эффективности применения ОМТ для лечения наиболее тяжелых II и III стадии поясничного МФБС, который давал бы оптимальный и продолжительный терапевтический результат.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

В процессе лечения и годовичного наблюдения участвовали 245 больных II и III стадиями поясничного МФБС в возрасте от 22 до 60 лет, проходив-



ших лечение в санаториях «Лазаревское» и «Тихий Дон» г. Сочи. Среди них мужчин – 108, женщин – 137. Наиболее частыми причинами возникновения заболевания были неоптимальные движения, переохлаждения, травмы. Разделение больных по стадиям проводилось в соответствии с критериями, предложенными Г.А. Иваничевым и соавт. [7]. Планирование лечебной тактики проводилось в соответствии с основными патогенетическими факторами, формирующими патологическую детерминантную систему (стадию МФБС) [1; 6]. Состояние позвоночника и окружающих его мягких тканей изучали по классическим методикам, используемым в мануальной терапии и неврологии [5; 6; 8; 12; 13]. Самочувствие пациентов оценивали методом описательных определений боли [2].

Эффективность лечебных мероприятий оценивалась по результатам динамического клинико-инструментального и психологического обследования, которое проводилось всем больным в начале и конце курса лечения. Через 6 и 12 месяцев после проведенной терапии проводился опрос-анкетирование по почте состояния самочувствия, наличия боли, возникновения ремиссии-обострения заболевания. 147 пациентов были обследованы через 12 месяцев при личном осмотре у специалистов баз исследования.

Общая магнитотерапия (ОМТ) проводилась на аппарате «Магнитотурботрон», частота 100 Гц, с медленным нарастанием (до 2 мТл) и последующим снижением фронта напряженности, направление вращения магнитного поля подбиралось индивидуально каждому пациенту с учетом комфортности

переносимости процедуры; при появлении дискомфорта или жалоб на головокружение, повышение АД направление вращения изменялось. Процедуры выполнялись ежедневно продолжительностью 20 – 40 мин, при второй стадии МФБС – 8-10 сеансов продолжительностью 20-30 мин, при третьей – 12-15 процедур продолжительностью 30-40 мин.

Мануальная терапия (МТ) МФБС включала постизометрическую релаксацию с использованием дыхательных и глазодвигательных синкинезий [5; 6], ритмическую, толчковую, позиционную мобилизацию и (или) мобилизацию ротацией в положении больного лежа [5; 8; 12]. Процедуры выполнялись через день, при второй стадии МФБС – 3-5 сеансов, при третьей – 6-8 процедур.

Массаж проводился по классическим методам [4]; включались наиболее значимые для конкретного больного регионы (8-12 сеансов).

Лечебная физкультура (ЛФК) проводилась вне обострения болевого синдрома с начала проведения лечебных мероприятий по классическим методикам с приоритетом упражнений, стимулирующих тоническое сокращение мышц [1; 9].

Медикаментозная терапия подбиралась индивидуально с учетом наиболее значимых симптомов заболевания. Использовался анальгетик группы нестероидных противовоспалительных средств – ортофен (по 25 – 50 мг в зависимости от интенсивности боли и массы больного, употребляемых 3 раза в день). В лечении III стадии МФБС также назначались антидепрессанты: прозак – селективный ингибитор обратного захвата серотонина (20 мг/сутки) и леривон – блокатор центральных пресинаптических альфа-1 и альфа-2 адренорецепторов (30 мг/сутки). Статистическая обработка полученных данных проводилась общепринятыми методами.

В качестве схем сравнения использовались комплексы методов лечения, применяемых в поликлинической практике врачами различных специальностей – терапевтами, неврологами, ортопедами – для лечения мышечно-фасциальных болей: во II стадии назначение схем: медикаментозная терапия + массаж, массаж + МТ, при III стадии – анальгетиков и антидепрессантов, массажа.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Главной задачей лечения МФБС являлось достижение лечебного эффекта при минимальном использовании лекарственных средств, способами максимально приближенными к физиологическим. Терапия проводилась, учитывая основные патогенетические факторы, формирующие стадию заболевания [1; 6].

На II стадии формирования МФБС системообразующей афферентацией в развитии заболевания становится регионарный патологический двигательный стереотип [1]. Основными факторами патогенеза являются переход латентных мышечных гипертонусов в активные и нарушения вегетативного гомеостаза организма [1; 6]. Лечебная тактика при этом была направлена на восстановление дви-

гательного стереотипа, инактивацию миофасциальных гипертонусов, устранение боли и синдромов регионарного мышечного дисбаланса. Важное значение в лечении придавалось гармонизации функции надсегментарных образований нервной системы, что может быть достигнуто использованием ОМТ. Основной профилактической целью на данном этапе было предупреждение развития психологических и вегетативных нарушений.

Традиционными схемами лечения проявлений второй стадии поясничного МФБС в поликлинической практике является назначение схем: Медикаментозная терапия + Массаж, Массаж + МТ или, иногда, – Массаж + ЛФК. Как показали результаты исследования (см. табл.) применение указанных схем имеет длительные сроки лечения и непродолжительное время ремиссии.

В результате проведенного исследования установлено (см. табл.), что включение в терапевтический комплекс патогенетически обоснованных методов лечения – МТ (как метода устранения функциональных блоков позвоночно-двигательных сегментов), массажа и/или ОМТ (как метода коррекции психовегетативных нарушений и дезинтеграции миофасциальных триггерных пунктов) и ЛФК (нормализующей патологический двигательный стереотип) – снижает продолжительность лечения, улучшает субъективное состояние пациентов (рис. 1), значительно увеличивает сроки ремиссии и уменьшает число переходов заболевания в третью стадию (см. табл.).

В тактике лечения III стадии МФБС, вследствие перевеса в патогенезе заболевания депрессивных, диссомнических, психовегетативных расстройств, ведущим направлением являлась профилактика и терапия этих приоритетных синдромов. Выраженный миофасциальный болевой синдром требует применения медикаментозных препаратов (антидепрессанты, психоактиваторы, снотворные). Средства общего воздействия в этой стадии заболевания в начале лечения должны быть ведущими [5; 6]. Главным, по нашему мнению, является устранение психовегетативной дисфункции на фоне терапии боли, инактивации миофасциальных гипертонусов, гармонизации двигательного стереотипа, устранения синдромов генерализованного мышечного дисбаланса. ОМТ является методом, нормализующим психовегетативные нарушения при различных заболеваниях [3; 10], в связи с чем использовалась нами в общих схемах лечения III стадии поясничного МФБС.

В результате проведенного исследования установлено (см. табл.), что традиционная схема лечения проявлений третьей стадии поясничного МФБС в поликлинической практике приводит к длительным срокам лечения и непродолжительному времени ремиссии заболевания. Использование в лечении патогенетически обоснованных схем (см. табл.), включающих ОМТ или назначение антидепрессантов (как метода коррекции надсегментарных психовегетативных нарушений), МТ или массажа

(как способа устранения миофасциальных триггерных пунктов) и ЛФК (приводящей к нормализации двигательного стереотипа больных) улучшает субъективное состояние пациентов (рис. 2), снижает продолжительность лечения и значительно увеличивает сроки ремиссии.

Таким образом, использование общей магнито-терапии в лечении больных поясничным МФБС позволяет сократить сроки лечения и увеличить время ремиссии, а на ранних стадиях изучаемого заболевания – предупредить его переход в более тяжелые формы. ☒

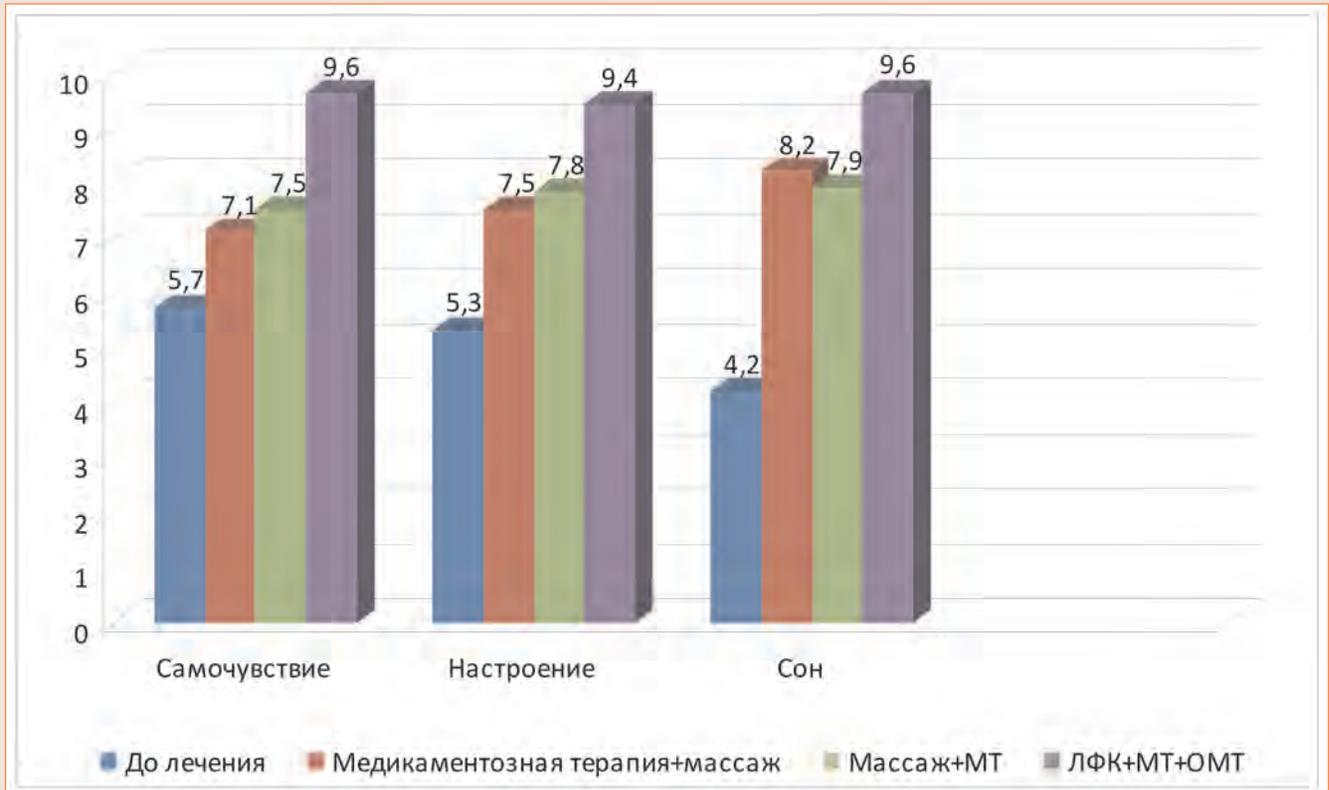


Рисунок 1. Самочувствие пациентов (в баллах) по результатам описательных определений боли у больных II стадии поясничного МФБС (2 стадия) до и после лечения.

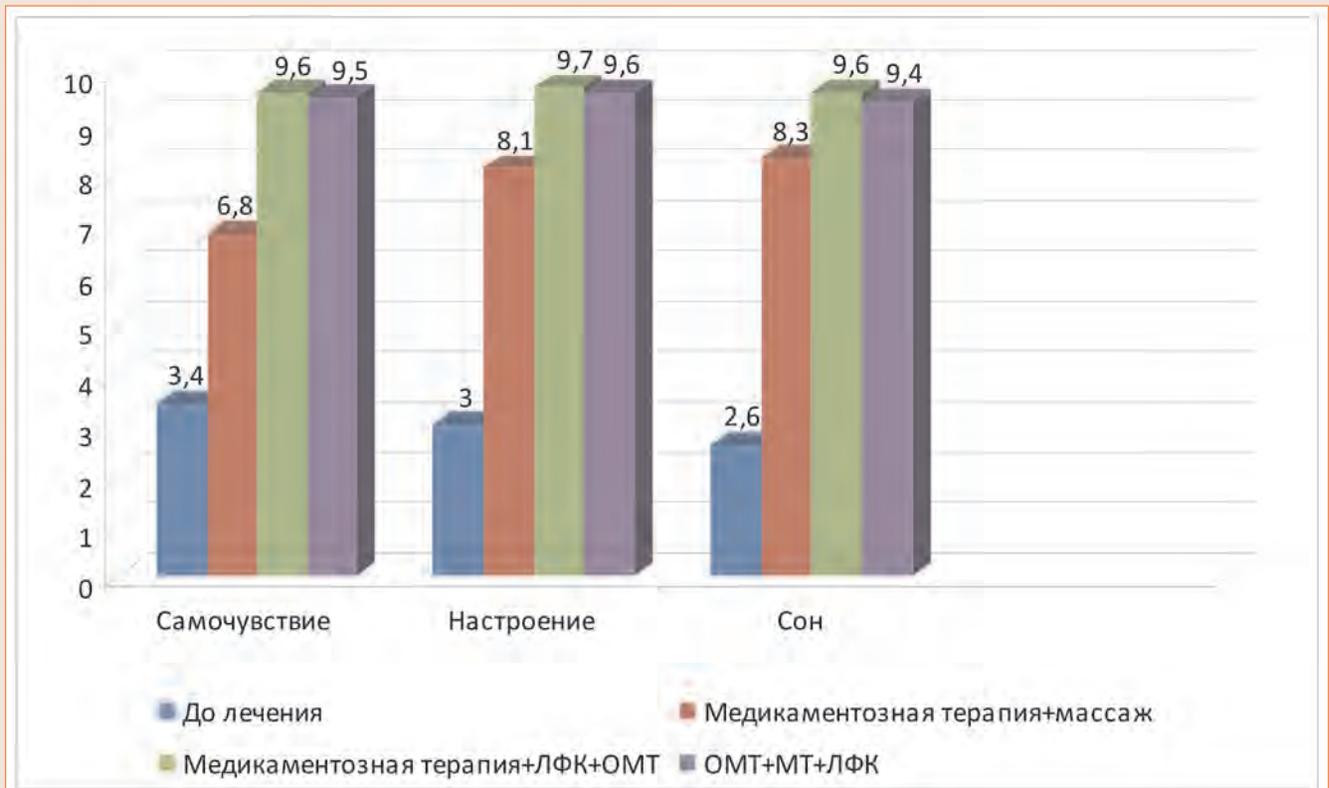


Рисунок 2. Самочувствие пациентов (в баллах) по результатам описательных определений боли у больных III стадии поясничного МФБС до и после лечения.

Таблица

Сроки лечения (в днях) и количество больных (в %), у которых отмечены ремиссия, рецидив или утяжеление стадии поясничного МФБС

Схема лечения	Сроки лечения	6 мес			1 год		
		Ремиссия	Рецидив	Утяж.	Ремиссия	Рецидив	Утяж.
II стадия							
Медикаментозная терапия + Массаж (n=30)	18,6±2,33	73,3(22)	20,0(6)	6,7(2)	30,0(9)	43,3(13)	26,7(8)
Массаж + МТ (n=30)	12,8±2,23*	83,3(25)	16,7(5)	-	63,3(19)	20,0(6)	16,7(5)
ЛФК + МТ + Массаж (n=50)	10,4±2,18*	88,0(44)	12,0(6)	-	70,0(35)	14,0(7)	16,0(8)
ЛФК + МТ + ОМТ (n=50)	10,1±2,13*	90,0(45)	10,0(5)	-	72,0(36)	12,0(6)	16,0(8)
III стадия							
Медикаментозная терапия + Массаж (n=35)	27,4±3,11	85,8(30)	14,2(5)	-	74,3(26)	25,7(9)	-
Медикаментозная терапия + ЛФК + ОМТ (n=30)	17,1±2,78*	93,3(28)	6,7(2)	-	86,7(26)	13,3(4)	-
ОМТ + МТ + ЛФК (n=50)	13,8±2,24*	94,0(47)	6,0(3)	-	88,0(44)	12,0(6)	-

Примечания:

1. * - результаты достоверны (p≤0,05 по отношению к первой схеме лечения в своей группе);
2. Утяж. - утяжеление заболевания;
3. В скобках указано абсолютное количество больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барташевич В.В. Шейный миофасциальный болевой синдром. Клиника, механизмы развития, лечение. Автореферат дисс... докт. мед.наук. - Казань, 2005. - 47с.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации/ А.Н.Белова, О.Н.Щепетова. - М.: Антидор, 2002.- 440 с.
3. Гафиятуллина Г.Ш., Омельченко В.П., Евтушенко Б.Е., Черникова И.В. Физиотерапия //ГЕОТАР-Медиа, 2010.- 272 с.
4. Дубровский В. И., Дубровская А. В. Лечебный массаж.-М.:Мартин,2001.-448 с.
5. Иваничев Г.А. Мануальная медицина: Учебное пособие. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. - 486 с.
6. Иваничев Г.А. Миофасциальная боль. - Казань, 2007. - 392 с.
7. Иваничев Г.А., Барташевич В.В., Старосельцева Н.Г. Шейный миофасциальный болевой синдром как типовой стадийный патологический процесс// Мануальная терапия.-2005.-№2.- С.26-27.
8. Ситель А.Б. Мануальная терапия. Руководство для врачей. - М.: Издатцентр, 1998. - 304 с.
9. Ситель А.Б. Соло для позвоночника. - М: Метафора, 2006.-224 с.
10. Физиотерапия. Национальное руководство. Под ред. Г.Н. Пономаренко// ГЕОТАР-Медиа., 2009.-864 с.
11. Graff-Radford S.B. Myofascial pain: diagnosis and management// Curr. Pain Headache Rep. - 2004. - № 6.-P. 463-467.
12. Maigne R. Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. - Paris, Expansion Scientifique Francaise,1989.-516 p.
13. Simons D.G., Travell J.G., Simons L.S. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. Vol.1. - Williams & Wilknis, 2004. - 1038 p.