

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАНДАЖЕЙ «MEDI» ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВЫХ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА (ЛЮМБАЛГИЙ)

Дробышев А.В.¹, Ларионов А.А.²

¹ Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова,

² MEDI RUS, Москва

УДК: 616.711-085-089-089.43

Резюме

Применение поясничных бандажей при лечении болевых рефлекторных синдромов оправдано и является методом иммобилизации пораженных сегментов позвоночника в остром периоде заболевания. В комплексном лечении синдромов бандажирование является базисным и должно проводиться вне зависимости от степени клинических проявлений заболевания. Обязательным обстоятельством применения бандажей служит постоянное ношение их во время всего периода лечения (8-12 часов в сутки). Проводится сравнительный клинический анализ результатов лечения болевых рефлекторных синдромов поясничного отдела позвоночника (люмбалгий) с применением бандажей и без их использования.

Ключевые слова: болевые рефлекторные синдромы, поясничный бандаж, мануальная терапия.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF BANDAGES «MEDI» AT COMPLEX TREATMENT OF PAINFUL REFLEX SYNDROMES OF LUMBAR DEPARTMENT OF THE BACKBONE

Drobyshev A.V., Larionov A.A.

Application of lumbar bandages at treatment of painful reflex syndromes is justified and is a method immobilisation in the sharp period of disease. Bandaging serves in complex treatment of syndromes basic and is spent without dependence from a degree of clinical displays of disease. As obligatory circumstance of application of bandages their constant carrying during all period of treatment serves. The comparative clinical analysis of results of treatment of painful reflex syndromes of a lumbar department of a backbone with application of bandages and without their use is spent.

Keywords: painful reflex syndromes, lumbar bandage, manipulation

Цель исследования: изучить клинический эффект бандажирования поясничного отдела позвоночника при рефлекторных болевых синдромах данного региона у пациентов в остром периоде заболевания.

Материалы и методы

Проанализирован опыт лечения 120 пациентов в отделении восстановительного лечения (ОВЛ) поликлиники Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. Всем им за период с мая 2007 по октябрь 2008 гг. был выставлен диагноз: «Остеохондроз поясничного отдела позвоночника, рефлекторный болевой синдром: люмбалгия». Возраст пациентов варьировал от 18 до 64 лет. Во время комплексного лечения (НПВС, миорелаксанты, физиотерапия, мануальная терапия, массаж) у 60 пациентов применялось бандажирование поясничного отдела позвоночника (Lumbamed® active фирмы MEDI), у 60 пациентов лечение проводилось без применения бандажей. Клинико-неврологические обследования, рентгенография, МРТ поясничного отдела позвоночника, комплексное лечение пациентов проводились на базах поликлиники НМХЦ им. Н.И. Пирогова.

Статистический анализ результатов исследования осуществлялся по стандартным методикам с вычислением средних величин (М), ошибки средней (m), определением критерия Стьюдента, различия считались достоверными при критерии значимости меньше 0,05. В целях систематизации всей совокупности признаков был проведен факторный анализ (программы Statistica и SPSS) с использованием метода главных компонент.

Механизм воздействия. Бандаж Lumbamed® active очень прост и удобен в использовании. Он значительно снижает нагрузку на поясничный отдел, поддерживает спинные мышцы, облегчает боли в спине, устраняет мышечные спазмы. Включает в себя 4 встроенные под углом 350° спинные пружинящие пластины, положение которых можно изменить вручную для соответствия анатомической области пояснично-крестцового отдела. Достоинством специального материала, из которого сделан бандаж, является быстрое удаление влаги с поверхности кожи. Комфорт гарантирован даже при чрезмерном потоотделении.



Рис. 1. Поясничный бандаж Lumbamed® active фирмы MEDI

Показания:

- Боли в нижней части спины, вызванные структурными нарушениями межпозвоночных суставов.
- Слабость мышечного аппарата поясничного отдела.
- Патология связок поясничного отдела.
- Восстановительное лечение после дискэктомии.
- Небольшие структурные изменения позвонков поясничного отдела при дегенеративных заболеваниях суставов, остеохондрозах и спондилезах.
- Раздражения в области пояснично-крестцового сочленения.
- Симфизиолитис.

Результаты и обсуждение

Первыми и наиболее частыми синдромами поясничного остеохондроза являются местные рефлекторные болевые синдромы (люмбалгия, сакралгия) [4, 5, 6, 13]. Они обусловлены раздражением рецепторов фиброзного кольца, мышечно-суставных структур позвоночника и не сопровождаются неврологическим дефектом. Ощущение боли связано с активацией ноцицепторов в поврежденных структурах. Раздражение ноцицепторов передается в центральную нервную систему (ЦНС) и вызывает комплекс физиологических и психологических реакций, формирующих ощущение боли, и соответствующие рефлекторные и поведенческие изменения [2, 3, 7]. Среди прочих соматовегетативных реакций развивается более или менее локализованный мышечный спазм, представляющий собой защитный физиологический феномен, ограничивающий подвижность пораженного отдела позвоночника [2, 3, 4, 6, 7]. Ограничение подвижности пораженного сегмента позвоночника можно рассматривать как компенсаторную реакцию организма в ответ на обилие импульсов поступающих в ЦНС. Выключение активной подвижности пораженных сегментов является основным фактором исходного восстановления их функционирования в дальнейшем [3, 4, 6, 7]. По данным многочисленных исследований сроки восстановления (купирования острой фазы болевого рефлекторного синдрома) варьируют от 3–4 дней до 25–30 дней [2, 3, 4, 5]. Именно на эти сроки пациенты, в основном трудоспособного возраста, исключаются из активного функционирования в социуме. Эта проблема одинакова и для стран с высокой степенью развития и для развивающихся стран, и наносит серьезный урон экономике (до 50% пациентов с кратковременной нестойкой утратой трудоспособности) [3, 5, 9, 13]. Применение средств иммобилизации пораженных сегментов позвоночника используется достаточно давно. Любое активное движение в поясничном отделе позвоночника в острой фазе заболевания вызывает усиление боли и приводит, как следствие, к дополнительной миофиксации пораженных сегментов позвоночника [8, 12]. Поэтому, дополнительная фиксация поясничного отдела позвоночника оправдана в остром периоде рефлекторных болевых синдромов (люмбалгия), служит базисным фактором и проводится

вне зависимости от степени клинических проявлений заболевания [3, 5, 7, 8, 12].

Неврологическое обследование пациентов проводилось по общепринятой методике [2, 3, 4, 7]. При осмотре определялось наличие гипотрофий мышц ягодиц, бедер, голей. Отмечалось наличие фасцикулярных подергиваний мышц нижних конечностей и туловища. Исследовалась сила мышц разгибателей и сгибателей коленного сустава (в баллах 1–5), слабость мышц сгибателей стопы при стоянии на пальцах ног, слабость мышц разгибателей стопы при стоянии на пятках. Отмечались нарушения чувствительности по корешковому типу (уровень поражения), форма нарушения (гипестезия, гиперестезия, анестезия, гиперпатия). Исследовались сухожильные рефлексы с нижних конечностей (коленный, ахиллов, подошвенный) – гипорефлексия, гиперрефлексия, арефлексия. Исследовались симптомы натяжения («звонка», Бонне, Ласега, перекрестный Ласега, Вассермана, обеих симптомов Нери, Мацкевича). Отмечались кожные трофические нарушения. Каждому пациенту проводилась рентгенография поясничного отдела позвоночника, а при необходимости (диффдиагностика с компрессионными синдромами) – МРТ. Нужно отметить, что у 54 (45%) пациентов развитие болевых рефлекторных синдромов поясничного отдела позвоночника происходило при отсутствии каких-либо патологических изменений в структуре позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) (данные R-графии и МРТ), а у 66 (55%) пациентов, при проведении исследований, патологические изменения были отмечены. Данные сочетаются с ранее проведенными работами [1, 6, 7, 13]. В основном, главной причиной рефлекторных болевых синдромов у 47 (39%) пациентов явилось развитие спондилоартроза с последующей компрессией менискоидов фасеточных суставов, гиперплазией тканей суставной сумки, снижением функциональности сустава в целом. Причиной люмбалгии также явились дистрофические поражения межпозвоночного диска (МПД), такие как протрузии МПД – 10 (8%) пациентов, грыжи МПД – 4 (3%) пациента, трещины МПД – 5 (4%) пациентов.

Собственно, главным клиническим проявлением синдромов является боль. На изменение ее интенсивности, субъективную оценку приходится ориентироваться в процессе лечения [2, 3]. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) боли [2, 3, 4] позволяет провести клинический анализ лечения люмбалгии в острый период с применением бандажей и без их использования.

К концу первой недели среди пациентов, носивших бандажи, не отмечалось проявлений крайних степеней боли: «сильная постоянная боль (4)» и «невыносимая постоянная боль (5)». Отсутствие болевых ощущений после 7 дней лечения, отметили более половины (56%) пациентов, применявших бандажирование, а из пациентов, не носивших бандажи во время лечения, лишь 18%.

Наиболее результативным, на сегодняшнее время, считается проведение комплексного лечения острой фазы люмбалгии [2, 3, 4, 5]. В ОВЛ поликлиники НМХЦ

Табл. 1. ВАШ боли у пациентов обеих групп (люмбалгия) в начале лечения и через 7 дней (количество пациентов)

	Пациенты с применением бандажей (n=60)		Пациенты без применения бандажей (n=60)		p<0,001
ВАШ (баллы)	В начале лечения	На 7 день лечения	В начале лечения	На 7 день лечения	–
Нет боли (0)	–	34 (56%)	–	11(18%)	–
Периодическая несильная боль (1)	2(3%)	11(18%)	3(5%)	14(23%)	–
Постоянная несильная боль (2)	12(20%)	12(20%)	10(17%)	18(30%)	–
Постоянная умеренно выраженная боль (3)	11(18%)	3(5%)	10(17%)	9(15%)	–
Сильная постоянная боль (4)	28(45%)	–	31(52%)	5(8%)	–
Невыносимая постоянная боль (5)	7(12%)	–	6(10%)	3(5%)	–
Всего	60(100%)	60(100%)	60(100%)	60(100%)	–

им. Н.И. Пирогова выдерживаются принятые стандарты лечения больных с данной патологией. При проведении данного исследования было отмечено, что у пациентов, носивших бандажи во время лечения, количество проведенных физиотерапевтических сеансов, сеансов массажа, мануальной терапии и психотерапии было снижено почти в два раза (табл. 2) в сравнении с пациентами, не применявшими бандажирование, при одинаковых результатах лечения. Этот факт указывает на несомненную эффективность применения бандажей в острую фазу люмбалгии. Следует добавить, что после проведения сеанса мануальной терапии, пациенту предлагалась фиксация бандажом поясничного отдела на 3–4 часа, с целью стабилизации приобретенного стереотипа, достигнутого при корригирующем лечении. Эта практика послужила уменьшению дистонических расстройств в поясничном регионе и повышала эффективность мануальной терапии в лечении люмбалгии.

Применение лекарственных препаратов в острую фазу люмбалгии (7–14 дней) имеет стойкую тенденцию учащения практически во всех странах [9, 10]. Это связано с высокой эффективностью, низкой токсичностью современных препаратов, отсутствием серьезных побочных эффектов в терапевтических концентрациях. Наиболее часто у пациентов с данным видом патологии применяют нестероидные противовоспалительные препараты: вольтарен, ингибитор простагландинов – мовалис, специфический ингибитор циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2) – целебрекс. Хорошо зарекомендовал себя анальгетик принципиально нового класса с дополнительными спазмолитическим и нейропротективным свойствами – катадолон (флупиртин), а также миорелаксанты – сирдалуд, мидокалм. Не-

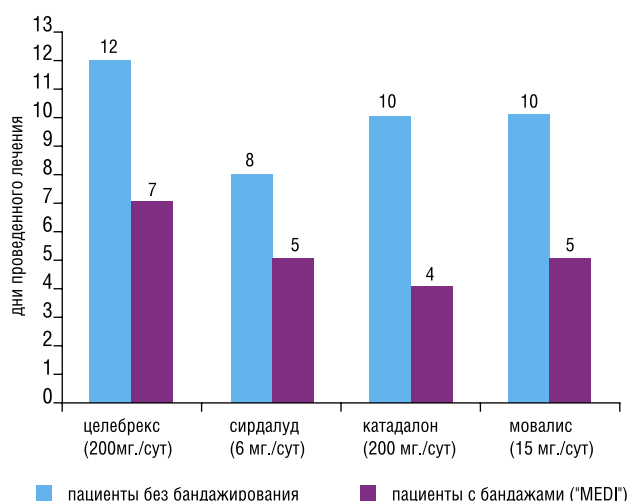


Рис. 2. Среднее количество дней приема лекарственных средств у пациентов обеих групп с рефлекторными болевыми синдромами (люмбалгия)

смотря на различную терапевтическую направленность препаратов, их применение (иногда сочетанное) уменьшает интенсивность боли, снимает спазм мускулатуры, улучшает трофику тканей [9, 10, 11].

У всех обследуемых пациентов в остром периоде люмбалгии применялись данные препараты. Во время обследования было отмечено, что применение бандажирования в остром периоде люмбалгии, снижает почти в двое количество дней приема препаратов (при средних суточных дозировках).

Табл. 2. Среднее количество сеансов проводимой терапии (на одного пациента) в острой фазе люмбалгии у пациентов обеих групп

	Пациенты с применением бандажей (n=60)	Пациенты без применения бандажей (n=60)	p<0,01
Количество сеансов фонофареза (в среднем)	4±0,12	7±0,36	–
Количество сеансов электро-импульсной терапии (в среднем)	7±0,32	11±0,66	–
Количество сеансов магнито-лазерной терапии (в среднем)	6±0,28	10±0,20	–
Количество сеансов массажа (в среднем)	4±0,73	8±0,63	–
Количество сеансов мануальной терапии (в среднем)	6±0,11	12±0,46	–
Количество сеансов психотерапии (в среднем)	5±0,51	9±0,18	–

Появление стойкой долговременной ремиссии является целью лечения острой фазы люмбагии. В литературе по вертеброневрологии определены основные критерии выздоровления [2, 3, 4, 7]:

- уменьшение в динамике количества баллов при анкетировании по ВАШ боли;
- при проведении пальпаторного исследования: определение уменьшения спастичности мышц поясницы, исчезновение дистонических нарушений;
- увеличение объема активных и пассивных движений в пораженных ПДС (в основном, при флексии и экстензии);
- улучшение общего состояния пациента, появление позитивного мышления, исчезновение болевых ожиданий, вера в благоприятный исход.

Во время исследования было выявлено, что у 2/3 пациентов носивших бандажи во время лечения, появление стойкой ремиссии достигалось к исходу второй недели. Около половины пациентов, не применявших бандажирование, считались пролеченными к концу третьей недели. Таким образом, применение бандажей почти на половину сокращало время лечения пациентов в острой фазе люмбагии.

Выводы

Применение бандажей (MEDI) во время острого периода болевых рефлекторных синдромов поясничного отдела позвоночника (люмбагия) оправдано и способствует уменьшению количества дней комплексного лечения. При получении одинаковых результатов лечения (ремиссия) у всех пролеченных пациентов, у носивших бандажи использовалось меньшее количество сеансов физиотерапии, массажа, мануальной терапии, а прием лекарств (НПВС, миорелаксантов) требовал меньшей курсовой дозы. Использование бандажей после сеанса мануальной терапии способствовало фиксированию изменений в структуре ПДС и тем самым помогало

формированию оптимального двигательного стереотипа в дальнейшем.

Литература

1. Алтунбаев Р.А. Компьютерно-томографическое исследование анатомических особенностей позвоночного канала на нижнепоясничном уровне у больных с люмбоишиалгиями // Вертеброневрология. – 1993. – № 2. – С. 14–18.
2. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Гречко В.Е. Нервные болезни. – М.: Медицина, 2002. – 638 с.
3. Веселовский В.П., Иваничев Г.А., Попелянский Я.Ю. и др. Клиническая классификация вертеброневрологических синдромов. – Казань, 1995. – 16 с.
4. Ситель А.Б. Мануальная терапия. – М.: Издатцентр, 2003. – 304 с.
5. Тревелл Дж.Г., Симондс Д.Г. Миофасциальные боли. – М.: Медицина, 1989.
6. Холин А.В. Магнитная резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы. – С-Пб.: Гиппократ, 2000. – 192 с.
7. Яхно Н.Н., Ахадов Т.А., Черненко О.А. Клинические и МРТ-характеристики при болях в спине // Магнитно-резонансная томография в мед. практике. Матер. Научно-практической конференции. – М., 1995. С. 45–49.
8. Begerow B., Pfeifer M., Minne H.W. Orthoses and Osteoporosis // Orthopadie Technik, 2/02, P. 86–89
9. Gotzsche P.C. «Nonsteroidal anti-inflammatory drugs» BMJ, 2000, 320, P. 1058–1061.
10. Hermann W.M. at al: Long-Term tolerability of flupirtin. Results of open. The Progress in Therapy 15(1993), P. 59–68.
11. Hajjal H.E.L., Marcelis A., Devogelaer J.-P., Manicourt D.-H. «Celecoxib has a positive effect on the overall metabolism of hyaluronan and proteoglycans in human osteoarthritic cartilage.» J. Rheum., 2003; P. 2444–2451.
12. Pfeifer M., Kohlwey L., Begerow B., Minne H.W. The Orthoses Spinomed and Spinomed active Improve Posture, Trunk Muscle Strength and Quality of Life in Postmenopausal Women with Spinal Osteoporosis. 27th Annual Meeting ASBMR Nashville, Tennessee, September 25, 2005; Poster № SU 443
13. White A.A., Panjabi M.M The clinical biomechanics of the spine // Philadelphia, 1.

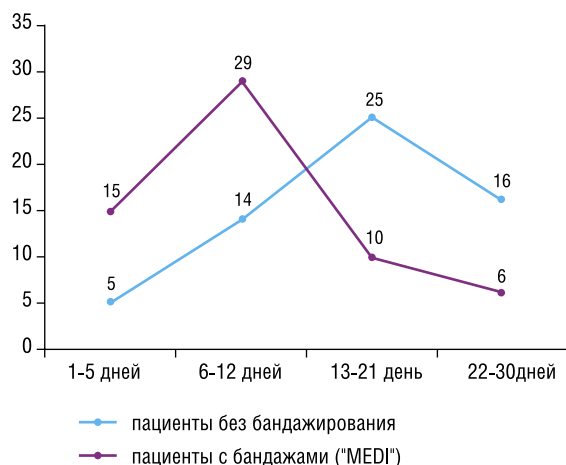


Рис. 3. Сроки лечения пациентов обеих групп с рефлекторными болевыми синдромами поясничного отдела позвоночника (количество пациентов)

Контактная информация

Дробышев А.В.
Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, отделение
восстановительного лечения поликлиники.
Москва, Нижняя Первомайская 65.
drobandrey@yandex.ru

Ларионов А.А.
MEDI RUS Россия,
142784 Московская область, Ленинский район, Румянцево, стр.1, Бизнес-
Парк «Румянцево», офис 5096
Тел./факс: +7 (495) 229-04-58
www. medirus.ru