

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И МАССАЖА В ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРАВЕРТЕБРАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

К.С. Соловьев

ЮУРГУ, г. Челябинск

Представлена доступная методика реабилитации пациентов с вертеброгенными болями в спине, показана ее высокая эффективность.

В настоящее время методом немедикаментозного лечения экстравертебральных синдромов остеохондроза позвоночника уделяется все большее внимание. Однако показания к применению этих методов лечения зачастую оказываются неадекватными стадии патологического процесса и той структуре в патологической цепи, на которую необходимо воздействовать. Для решения этого вопроса на сегодняшний день существует несколько взглядов на патогенез экстравертебральных синдромов остеохондроза позвоночника. Первый из них – это классическая школа вертеброневрологии (Я.Ю. Попелянский, В.П. Веселовский, Г.А. Иваничев).

Второй – относительно молодая школа остеопатической медицины (Л. Васильева). Основная отличительная черта этих двух школ во взгляде на то, что первично в развитии мышечных тонических синдромов. В первом случае – это патология позвоночно-двигательного сегмента либо двигательного стереотипа. Остеопатическая школа принимает во внимание не только спазмированные мышцы, но и расслабленные, кроме того, в качестве причины последнего рассматривает патологию связочного аппарата внутренних органов, эмоциональной сферы, характера пациента и т. д., выстраивая патологические цепочки на основе философских законов восточной медицины. Скорее всего, справедливы обе теории, однако, для формирования единого взгляда необходима серьезная научно-исследовательская работа. Сейчас при назначении лечения учитывают синдром и основной механизм поражения. Однако, применение новых современных высокоэффективных методов лечения, таких как создание локальной миофиксации при помощи акупунктуры, тракционных воздействий с использованием элементов постизометрической релаксации, затруднено из-за отсутствия клинических критериев для их назначения [3, 4].

По всей вероятности, при назначении лечения необходимо учитывать возникающие тонические реакции со стороны паравертебральных мышц, влияние которых на течение обострения неоднозначно [3, 4]. Под фиксацией в вертеброневрологии понимается изменение объема движений в сторону его ограничения. Клинически подобное состояние проявляется в форме блокад суставов, разнообразных деформаций, скованно-

сти, обездвиженности. Фиксация может захватить один, два позвоночных сегмента, тогда это локальная фиксация; несколько ПДС, целый отдел или весь позвоночник – ограниченная фиксация; отдел или весь позвоночник плюс крупный смежный сустав – распространенная фиксация. После установления топики фиксации определяется ее выраженность. Фиксация считается умеренной, если объем движений в соответствующей биомеханической цепи уменьшен не более, чем на 25 %; выраженной, если эта цифра более 25 %, но не более 50 %. При ограничении объема движений более, чем на 50 % – резко выраженной. Выраженность фиксации определяется гониометрически или при помощи специальных клинических тестов.

Изменение объема движений может быть как органического, так и функционального характера. Первое возможно за счет фибротизации, кальциноза, контрактуры периартикулярных структур. Второе осуществляется за счет мышечно-тонических реакций, нейродистрофических изменений. Причины фиксации определяются клиническими и инструментальными методами исследования тонуса мышц, их длины, плотности, гомогенности. Органические изменения выявляются при спондилографии.

Завершающей характеристикой миофиксации является ее влияние на основной источник заболевания – патологический процесс в ПДС. Фиксация считается патогенизирующей, если она ведёт к усугублению патологического процесса в ПДС. Однако чаще фиксация в вертеброневрологии представляет собой саногенетическую – компенсаторную реакцию. Она поддается детальному анализу доступными клиническими методами и способна быть управляемой при использовании соответствующих лечебных воздействий.

В процессе формирования фиксации нередко возникают осложнения. По месту своего возникновения осложнения подразделяются на локально-сегментарные (поражения в одном, двух ПДС), вертебральные (поражается отдел или весь позвоночник) и экстравертебральные. В зависимости от поражаемого субстрата осложнения могут быть артикулярными, миофасциальными, сосудистыми и невральными. По механизму возникновения выделяют рефлекторные, компрессионные и адаптивные (позно-викарные). Таким образом,

саногенетические фиксационные процессы в виде изменений поз, походки, тонических реакций, деформаций, суставных блокад приводят к регрессированию основного вертебрального поражения, одновременно вызывая вторичные нарушения в смежных и отдалённых звеньях опорно-двигательного аппарата.

Профессор В.П. Веселовский предлагает при лечении экстравертебральных осложнений миофиксаций учитывать её тип (саногенетический или патогенирующий). При саногенетической фиксации необходимо стимулировать локальную миофиксацию на уровне поражённого ПДС и снижать патологический мышечный тонус в конечностях [3]. При патогенирующей миофиксации лечебные мероприятия должны быть направлены на релаксацию паравертебральных мышц.

Учитывая вышеописанные теоретические положения, нами проведена исследовательская работа по применению метода рефлексотерапии и массажа в коррекции патологической миофиксации. Для исследования привлекались 36 пациентов

с различным типом миофиксации. При патогенирующем варианте проводилась релаксация паравертебральных мышц при помощи тормозного метода иглорефлексотерапии, а в мышцах конечностей, глубокий массаж с ликвидацией болезненных мышечных уплотнений. При саногенирующем варианте проводилась локальная миофиксация возбуждающим и гармонизирующим методом иглорефлексотерапии в сочетании с глубоким массажем конечностей. В контрольной группе, состоящей из 20 человек применялась физиотерапия по общепринятым методикам. В качестве критериев эффективности использовались: визуальная аналоговая шкала выраженности боли при пальпации остистых отростков позвонков, освертовский опросник нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины [1], тест пальцы-пол. Результаты исследования представлены в табл. 1–3.

Как видно из табл. 1 в группе обследования получены наиболее предпочтительные результаты, которые на 52,17 % превышают контроль.

Таблица 1

Изменение интенсивности боли после лечения в исследуемой и контрольной группах

Группы	$M \pm m$	Коэффициент вариации v , %	Темпы изменения, %
Исследуемая	$13,41 \pm 1,03$	45,71	52,17
Контрольная	$25,70 \pm 1,89$	32,10	

Таблица 2

Динамика комплексной самооценки нарушения жизнедеятельности до и после лечения

Группы	$M \pm m$	$C v$, %	Темп изменения, %
Иссл. до лечения	$73,38 \pm 1,33$	1,81	57,64
Иссл. после лечения	$15,30 \pm 1,19$	7,77	
Контр. до лечения	$76,47 \pm 1,90$	2,48	
Контр. после лечения	$26,54 \pm 2,08$	7,83	

Комментируя данные полученные в табл. 2, следует заключить, что в исследуемой группе после

лечения субъективная оценка боли уменьшилась на 57,64 % по сравнению с контрольной группой.

Таблица 3

Динамика теста пальцы-пол до и после лечения

Период	$M \pm m$	$C v$, %	Темп изменения, %
Иссл. до лечения	$77,00 \pm 1,59$	12,24	60,3
Иссл. после лечения	$32,00 \pm 1,78$	23,56	
Контр. до лечения	$81,00 \pm 1,22$	6,59	
Контр. после лечения	$53,00 \pm 0,92$	7,56	

Как хорошо видно из табл. 3, в тесте пальцы-пол показатели в группе обследования оказались лучше, чем в контрольной группе на 60,30 %.

Таким образом, полученные данные позволили нам заключить, что применяемая мето-

дика реабилитации пациентов с болями вертеброгенного происхождения весьма эффективна и может быть предложена к применению в восстановительной медицине как наиболее простой и экономичный метод.

Литература

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация. – М., 2003. – С. 736.
2. Веселовский В.П. Миофиксация при вертеброгенных заболеваниях нервной системы. – Казань, 1988. – С. 20.
3. Веселовский В.П. Практическая вертебрология и мануальная медицина. – Рига, 1991. – С. 420.
4. Иваничев Г.А. Мануальная медицина. – Казань, 2000. – С. 536.
5. Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина. – М., 1993. – С. 490.
6. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. – М., 1990. – С. 576.