

ВЛИЯНИЕ ТРАКЦИОННО-МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ПОДВИЖНОСТЬ ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

В.А. Дробышев, О.М. Стрепетов, А.Г. Кокоулин

*ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»
(г. Новосибирск)*

Изучен клинико-функциональный статус у 120 больных с рефлекторно-корешковыми синдромами, на фоне двухнедельного реабилитационного курса, оптимизированного тракционно-мобилизационной терапией. В сравнении с исходными параметрами, объем активных движений в позвоночнике в направлении латерофлексии увеличился в 2,7 раза, оптимизация подвижности позвоночных двигательных сегментов отмечалась у 65 % больных; продолжительность клинической эффективности составила 8,3 месяца, что достоверно превышало аналогичные показатели в группе, где использовалось только тракционное воздействие.

Ключевые слова: дорсопатии, тракционно-мобилизационные методики, позвоночно-двигательные сегменты, компрессионно-орешковый синдром, межпозвонковые грыжи.

Дробышев Виктор Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой восстановительной медицины с курсами физиотерапии, курортологии и лечебной физкультуры ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», e-mail: doctorvik@yandex.ru

Стрепетов Олег Михайлович – старший лаборант кафедры восстановительной медицины с курсами физиотерапии, курортологии и лечебной физкультуры ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», рабочий телефон: (383) 225-37-76

Кокоулин Анатолий Геннадьевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры восстановительной медицины с курсами физиотерапии, курортологии и лечебной физкультуры ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», рабочий телефон: (383) 225-37-76

Введение. Дорсопатии представляют распространенное заболевание, определяемое рефлекторными и компрессионными синдромами [2]. При разработке комплексов консервативной терапии не всегда учитывается значимость биомеханических нарушений позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) – функционального блокирования дугоотростчатых суставов, регионарный постуральный мышечный дисбаланс и др. [4]. В числе ортопедических методов коррекции дорсопатий, особое место занимают тракционно-мобилизационные технологии, позволяющие снизить функциональные напряжения в опорно-двигательном аппарате [5]. Перспективность методик сводится к поэтапной позиционной мобилизации заблокированных позвонков, глубокому массажу паравертебральных мышц и экстензионной тракции позвоночно-двигательных сегментов при их контакте с раскаточным колесом тракционного стола [4]. Однако, эффективность применения тракционно-мобилизационных методик при дорсопатиях поясничного отдела позвоночника, с точки зрения их патогенетической значимости, изучена недостаточно, что явилось основанием для проведения настоящего исследования.

Материал и методы исследования. Обследованы 120 пациентов (62 мужчины и 58 женщин) с верифицированным диагнозом дорсопатии поясничного отдела позвоночника в возрасте от 25 до 54 лет (средний возраст $39,5 \pm 1,2$ года). Давность заболевания варьировала от 1 месяца до 10 лет, при этом у 70,8 % больных манифестация болевого синдрома, локализованного на уровне L4-L5, L5-S1 составила от двух недель до одного месяца. В клинической картине заболевания у 35,8 % больных был зафиксирован компрессионно-корешковый синдром с нарушением чувствительности (гипестезии), снижением мышечной силы и сухожильных рефлексов по ходу иннервации, ограничением объема движений в поясничном отделе позвоночника. В то же время, у 64,2 % осмотренных выявлялись рефлекторные нарушения (проекционные сегментарные боли; парестезии в виде ощущений онемения, ползания «мурашек»). У всех обследованных по данным пробы Шобера было зафиксировано уменьшение значений по сравнению с нормативными показателями ($3,21 \pm 0,18$ см против $5,75 \pm 0,25$ см соответственно, $p < 0,05$). Функциональные вертеброгенные нарушения в виде ограничения объема активных экскурсий позвоночника в поясничном отделе (флексии, экстензии) были выявлены у 85 % больных. Кроме того, у 92,5 % обследованных в обеих группах регистрировались функциональные блоки груднопоясничного перехода и у 80 % – ограничение подвижности ПДС в грудном отделе. Согласно магнитно-резонансной томографии поясничного отдела позвоночника у 29,2 % больных были выявлены неосложненные межпозвонковые грыжи ($0,6 \pm 0,05$ см) в сегментах L4-L5 и L5-S1, у 35,8 % – протрузии ($0,45 \pm 0,05$ см) на тех же уровнях.

Методы исследования включали неврологический осмотр по общепринятой схеме, постурометрическое и мануальное исследование, пробу Шобера, магнитно-резонансную томографию на аппарате «Hitachi» с разрешением 0,2 Тл. Базовое лечение состояло из медикаментозной терапии (нестероидные противовоспалительные препараты, сосудистые, витамины группы В), массажа мышц спины и ЛФК. Методом случайной выборки все больные были разделены на две группы: 1-я (основная) – в количестве 60 человек, кроме общепринятой терапии получала курс тракционно-мобилизационного лечения на столе «Anatomotor100НТВ» (регистрационное удостоверение ФС № 2060/1131). В ходе процедуры выполнялась мобилизация грудного, поясничного отделов позвоночника и груднопоясничного перехода с помощью демпфирующих и изменяющих свое положение по высоте выстояния роликов от 0 до 40 мм, массируемая линейная зона позвоночника составляла 80 см. Начиная с 3-го сеанса, мобилизация дополнялась тракцией грузом 1/8 массы тела пациента (не вызывающая болевых ощущений), а с 5-й процедуры нагрузку увеличивали до груза 1/4 массы тела больного. Общая продолжительность ежедневно проводимых реабилитационных мероприятий составляла 10 мин для первой и второй

процедур и 15–20 мин – с третьей по 15-ю. Во 2-й группе (сравнения), численностью в 60 человек, кроме базисной терапии выполнялось только тракционное воздействие на столе «Anatomotor100НТВ» по аналогичной схеме, но без мобилизационного воздействия массажными роликами.

Результаты и их обсуждение. По окончании реабилитационного курса у всех пациентов было зафиксировано увеличение объема движений в ПДС поясничного отдела позвоночника. При этом, в основной группе положительные изменения пробы Шобера были отмечены уже после первых сеансов лечения. Объем движений увеличился с $3,19 \pm 0,18$ см до $5,65 \pm 0,25$ см к концу цикла терапии ($p < 0,05$) в основной группе, и с $3,21 \pm 0,18$ см до $5,15 \pm 0,15$ см соответственно в группе сравнения ($p < 0,05$) (рис. 1): Величина флексии прогрессивно возрастала от исходных значений через 5, 10, 15 сеансов – в 2,5; 4,0 и 4,7 раза соответственно ($p < 0,05$), латерофлексии – в 1,5; 2,0 и 2,7 раза соответственно ($p < 0,05$). В группе сравнения (без мобилизации) однонаправленные изменения через указанные промежутки времени были меньшими и составили для флексии: 2,1; 2,7; 3,0 раза соответственно ($p < 0,05$), а латерофлексии – лишь 0,15 раза к 15-у дню наблюдения ($p > 0,05$). Следовательно, комплексное применение глубокого массажа роликами тракционного стола, методов мобилизации и экстензионной тракции позвоночника позволяют добиться релаксирующего эффекта со стороны заинтересованных паравerteбральных мышц и восстановления движений в позвоночно-двигательных сегментах [1].

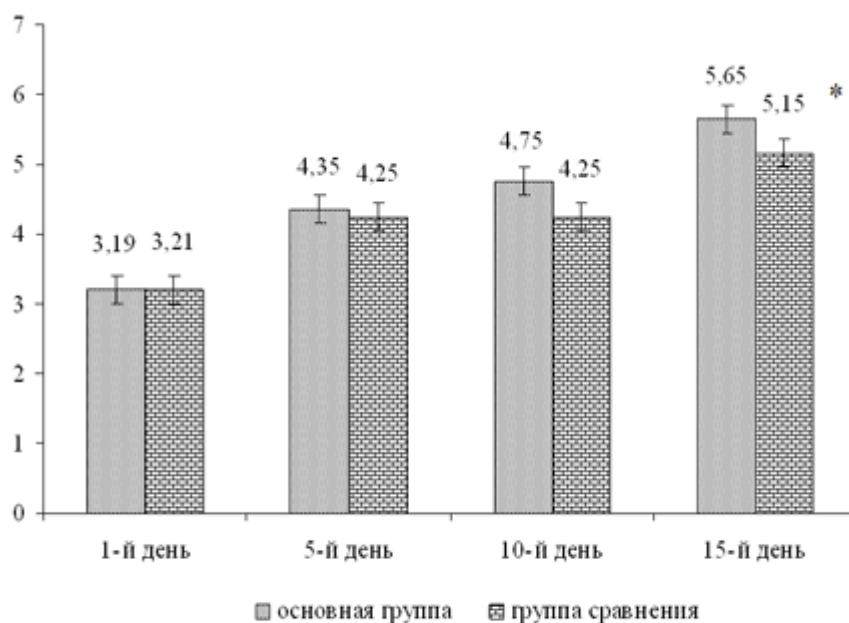


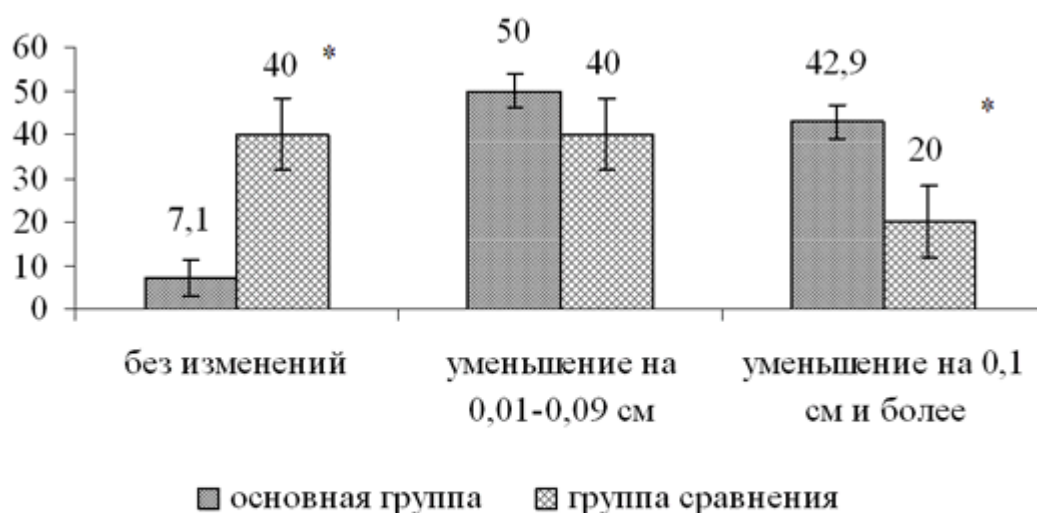
Рис. 1. Динамика изменений показателей пробы Шобера в сравниваемых группах при проведении лечения (см)

Примечание: * – достоверность различий между группами больных ($p < 0,05$)

Количество позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) с ограниченной подвижностью на разных уровнях, исходно отмечавшееся у всех пациентов, сократилось в основной группе до 13,3 %, тогда как в группе сравнения – только до 25,0 %. Чаще (75 %) регистрировалось устранение ротационных блоков у больных с поражением трех уровней позвоночника. Регрессирование динамических расстройств по группам было следующим: объем экскурсий позвоночника восстановился у 65 % больных 1-й группы, у 40 % – второй. Клиническая эффективность тракционно-мобилизационной терапии при рефлекторно-компрессионных проявлениях дорсопатий поясничного отдела позвоночника

составила по завершении лечебного курса 83,3 %, тогда как в группе сравнения – только 63,3 %. При проспективном наблюдении в течение года оказалось, что в основной группе период ремиссии сохранялся на протяжении $8,3 \pm 0,4$ месяца, тогда как в группе сравнения, наполовину меньше – $4,1 \pm 0,7$ месяца ($p < 0,05$).

Результаты магниторезонансной томографии, проведенной через 12 месяцев пациентам с грыжами диска (14-ти – из основной группы и 10-ти из группы сравнения) показали следующее (рис. 2): уменьшение размеров грыжи на 0,1 и более, было зафиксировано у 6 больных (42,9 %), получавших тракционно-мобилизационную терапию и лишь у двоих (20,0 %) – лечившихся с применением классического вытяжения. В первой группе у 7 обследованных (50,0 %) сокращение размеров грыжевого выпячивания варьировало от 0,05 до 0,09 см, тогда как во второй группе однотипные изменения имели место только у 4-х пациентов (40,0 %). Перспективность курса лечения, включавшего тракционно-мобилизационную терапию, подтверждал тот факт, что только у одного пациента из основной группы (7,1 %) не было зарегистрировано изменений в размерах грыжевого выпячивания, в то время как в группе сравнения таких лиц оказалось четверо (40,0 %). Возможно говорить, что воздействие массажными роликами на область паравerteбральной мускулатуры ведет к стимуляции лимфодренажа и венозного оттока, уменьшению выраженности компрессии на уровне пораженного ПДС [1, 3].



*Рис. 2. Частота оптимизации выстояния межпозвонковых дисков в сравниваемых группах по данным МРТ через 12 месяцев после лечения
Примечание: * – достоверность различий между группами ($p < 0,05$)*

Таким образом, применение тракционно-мобилизационной методики у больных с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника оказывает многофакторное воздействие, ведущее к снижению функциональной перегрузки позвоночника за счет восстановления анатомических соотношений суставных элементов пораженных двигательных сегментов не только заинтересованных отделов, но и соседних регионов. Указанное приводит к уменьшению компрессии сосудисто-нервного пучка, определяет миорелаксирующий и лимфодренирующий эффекты, способствует уменьшению болевого синдрома, увеличению объема движений в позвоночнике, увеличивает продолжительность клинической ремиссии.

Список литературы

1. Иваничев Г. А. Мануальная терапия / Г. А. Иваничев. – М. : МедПресс, 2006. – С. 440.
2. Попелянский Я. Ю. Вертеброневрологические проблемы боли / Я. Ю. Попелянский // Журн. им. С. С. Корсакова. – 2003. – № 5. – С. 14–18.
3. Клименко М. М. Аутокинезотерапия / М. М. Клименко. – Новосибирск, 2006. – С. 97.
4. Васильева Л. Ф. Особенности биоэлектрической активности укороченных и расслабленных мышц / Л. Ф. Васильева // В кн. : Мануальная терапия в вертеброневрологии. – Новокузнецк, 2005. – С. 53–56.
5. Блюм Е. Э. Реабилитационные технологии для опорно-двигательного аппарата / Е. Э. Блюм ; методич. разработка НИИ клинической реабилитации и оздоровительно-реабилитационных технологий. – М., 2007. – С. 28.
- 6.

INFLUENCE OF TRACTION- MOBILIZATION THERAPY ON MOBILITY OF VERTEBRO - LOCOMOTOR SEGMENTS IN PATIENTS WITH DORSOPATHY OF THE LUMBAR SPINE

V.A. Drobyshev, O.M. Strepetov, A.G. Kokoulin

Novosibirsk state medical university (Novosibirsk)

The clinico-functional status of 120 patients with reflex- redicular syndromes is studied against the two week rehabilitation course optimized by traction-mobilisation therapy. In comparison with initial parameters, the volume of active lateroflexion in a spine has increased by 2.7 times, mobility optimization of vertebral locomotor segments was marked in 65 % of patients; duration of clinical efficiency was 8.3 months that reliably exceeded similar findings in the group where only traction was used.

Keywords: dorsopathy, traction-mobilisation techniques, vertebral locomotor segments, compression- redicular syndrome, diskal hernias

About authors:

Drobyshev Victor Anatolevich - doctor of medical sciences, professor, the head of the chair of rehabilitation medicine with courses of physiotherapy, balneology and exercise therapy of Novosibirsk state medical university, e-mail: doctorvik@yandex.ru

Strepetov Oleg Michailovich - senior technician of the chair of rehabilitation medicine with courses of physiotherapy, balneology and exercise therapy of Novosibirsk state medical university, office number: (383) 225-37-76

Kokoulin Anatoly Gennadevich- candidate of medical sciences, assistant professor of the chair of rehabilitation medicine with courses of physiotherapy, balneology and exercise therapy of Novosibirsk state medical university, office number: (383) 225-37-76

List of the Literature:

1. Ivanichev G. A. Manual Therapy/ G.A.Ivanichev. - M: Medical press, 2006. - P 440.
2. Popelansky J.Y. Vertebroneurological problems of pain / J.J.Popelansky // S.S.Korsakov journal - 2003. - № 5. – P. 14-18.
3. Klimenko M.M. Autokinezotherapy / M.M.Klimenko. - Novosibirsk, 2006. - P. 97.
4. Vasileva L. F. Peculiarities of bioelectric activity of the shortened and weakened muscles / L.F.Vasileva // Manual Therapy in Vertebroneurology - Novokuznetsk, 2005. – P. 53-56.
5. Blum E.E. Rehabilitation techniques for the locomotor system / E.E.Blum/ Methodical guidelines of scientific research institute of clinical rehabilitation and health improving technologies. - M, 2007. – P. 28.