

малонагрузочной и обладающей высокой эффективностью на санаторном этапе оказания медицинской помощи пациентам с мышечно-тоническими синдромами поясничного остеохондроза.

Литература

1. Техника и методики физиотерапевтических процедур; под редакцией академика РАМН профессора В.М. Боголюбова М. 2002 г. – 158 с.
2. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Рига.: Зинатне, 1991. - 340 с.
3. Гиниятулин Н.И. Новые методы и новые технологии оздоровления позвоночника и коррекции осанки. – // Курортные ведомости № 1 (46), 2008 г. - М. - С. 72.
4. Елифанов В.А., Елифанов А.В. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика). М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 272 с.
5. Хабилов Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. – Казань, 2001. – 215 с.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ МЕТОДОМ АППАРАТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ

*Ситник Г.Д., Войтов В.В., Кашицкий Э.С., Кузнецов Я.О.,
Соколов А.Ю.*

РНПЦ неврологии и нейрохирургии

Институт физиологии НАН Беларуси

Лечебно-диагностический центр ВМУ КГБ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования», Гродно

В современном мире в связи с изменившимися условиями жизни (низкая двигательная нагрузка, высокие нервно-психические напряжения), остеохондроз позвоночника занимает первое место в структуре неврологической заболеваемости, составляя свыше 40% от всех заболеваний нервной системы, поражая людей в социально активном возрасте. Проявления остеохондроза – дегенеративно-дистрофического поражения тканей позвоночника – разнообразны и зависят от стадии

развития заболевания [1-5]. Основными синдромами дистрофических поражений позвоночника являются рефлекторные болевые синдромы (около 90% случаев), обусловленные раздражением рецепторов позвоночного столба и компрессионные болевые синдромы, обусловленные сдавлением спинномозговых корешков или кровоснабжающих сосудов (сопровождаются снижением чувствительности и дефектами в двигательной сфере). При компрессионных болевых синдромах одним из наиболее эффективных и патогенетически обоснованных методов лечения является тракционная терапия (вытяжение позвоночника). Увеличивая расстояние между телами позвонков, тракционная терапия позволяет снизить внутридисковое давление, уменьшить компрессию корешков и грыжевые выпячивания, снять спазм мышц и ликвидировать болевую импульсацию от позвоночно-двигательного сегмента.

В РНПЦ неврологии и нейрохирургии для лечения пациентов с дорсопатией используется тракционный стол «ОРМЕД-ПРОФЕССИОНАЛ», который позволяет проводить все виды тракции, в том числе шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника.

Для повышения эффективности лечения тракционный стол оборудован механизмами, способствующими глубокому прогреву тканей (до 45°C), что позволяет уменьшить болезненные спазмы мышц. Легкая вибрация при тракционной терапии обеспечивает щадящий массаж.

Нагрузка при тракции определяется специалистом после осмотра пациента с учетом данных обследований. Нагрузка может регулироваться от 3 до 80 кг, обычно начинаясь с 15-20 кг и постепенно доходя до 1/2 веса пациента. При проведении тракционной терапии пациент должен испытывать комфорт, если после проведения первых сеансов болевой синдром усиливается, тракционная терапия отменяется.

«Постоянная» тракция оказывает в основном декомпрессионное воздействие. «Прерывистая» (интермиттирующая) тракция характеризуется постепенно увеличивающейся нагрузкой, максимальный уровень которой удерживается в течение нескольких минут, затем тяга постепенно уменьшается, вплоть до полного расслабления. Прерывистая

тракция более эффективна, чем непрерывная; воздействие на больного при этом менее резкое и интенсивное.

Интермиттирующее вытяжение состоит в том, что быстрая тракция, выполняемая на протяжении различного периода времени (сила тракции также варьирует), сменяется быстрой релаксацией, т.е. выполняется вытяжение в заданном ритме. Наряду с воздействием на костно-суставно-связочный аппарат интермиттирующая тракция избирательно воздействует на уровне мягких тканей (глубокие мышцы и т.д.) наподобие насоса, что способствует улучшению кровообращения. При этом продолжительность вытяжения нарастает в активной фазе (продолжительность – 10-20-30 секунд) и снижается в пассивной фазе (продолжительность – 15-10-5 секунд). Возможны и другие режимы интермиттирующего вытяжения, что в тракционном аппарате «ОРМЕД-профессионал» задается программно. Прерывистые и интермиттирующие (циклические) режимы вытяжения достаточно часто сочетаются.

В нашем учреждении, опираясь на многолетний опыт, применяют индивидуальный подбор нагрузки и экспозиции. Рекомендуемая обычная схема проведения процедуры реализуется следующим образом: курс лечения составляет 12 сеансов, процедуры проводятся ежедневно, продолжительность каждой – 15-30 минут, при этом в течение 3-5 минут осуществляется приращение нагрузки и в течение такого же промежутка времени плавное ее уменьшение. Начинается тракционная манипуляция с пробной тракции (первые 1-2 процедуры), которую следует начинать с использованием собственного веса пациента для вертикальных видов вытяжения и минимально возможного веса для горизонтального вида вытяжения. Затем масса груза ежедневно постепенно увеличивается на 3-4 и более кг (в зависимости от клинικο-морфологических особенностей заболевания) до достижения максимально запланированной величины (как правило, на 4-5-ю процедуру). Далее следует серия процедур с максимальным весом с последующим плавным снижением действия нагрузки (последние 2-3 процедуры). Максимальное усилие, допускаемое при вытяжении, составляет, как правило, от 30 до 50% веса тела пациента (в зависимости от вытягиваемого отдела позвоночника,

вида тракций, конституции пациента, выраженности клинических проявлений, морфофункциональных изменений на МРТ, поставленных задач и переносимости лечения. После тракции обязательное, не менее 1 часа, пребывание пациента, затянутого в специальный корсет, в положении лежа на спине. На основании имеющегося опыта выявлено, что:

1. Вытяжение более эффективно при лечении “подвижной” грыжи – проявляющейся полиморфизмом синдромов, например, переходом боли с одной конечности на другую.

2. Миофиксация паравертебральных мышц при тракции позвоночника усиливается, и, пока она не ликвидирована, лечение менее эффективно, т.е. миофиксация, особенно в области поясничного отдела, после проведения процедуры остается. Следовательно, процедуру нужно предварять расслабляющими и обезболивающими воздействиями, направленными на сегментарную мускулатуру. В таких случаях целесообразно перед вытяжением проводить медикаментозные блокады - это инъекции специальных медикаментозных препаратов в область спазмированной мышцы. В качестве базовых средств в медикаментозных блокадах обычно используем местные анестетики (новокаин, лидокаин), а также их комбинация с хондропротекторами, препаратами метаболического действия, кортикостероидными препаратами, которые обладают выраженными противовоспалительными свойствами.

3. Для усиления эффекта можно сочетать тракционную терапию с постизометрическим расслаблением паравертебральной мускулатуры, т.е. с начала осуществления тракции, в течение всего сеанса, пациент должен совершать движения, сопровождающиеся сокращением паравертебральной мускулатуры. Это осуществляется следующим образом: пациент делает вдох обычной глубины, после чего задерживает дыхание на 5-7 секунд, одновременно напрягая паравертебральную мускулатуру и мышцы брюшного пресса, так как постизометрическая релаксация этой группы мышц увеличивает их способность к растяжению, затем следует выдох, также с задержкой дыхания, но в сочетании с возможно большим расслаблением всех скелетных мышц. Хотя за несколько секунд расслабления рабочий груз вытягивает структуры позвоночника

незначительно, но такие микровытяжения в течение всего периода тракции дают в сумме весьма значительный эффект. Указанных циклов проводится 3-5 в зависимости от самочувствия больного, затем следует период полного расслабления длительностью от 1 до 2 минут с целью предотвращения развития явлений гипервентиляции. При данной методике нецелесообразно использование больших весов и можно ограничиться нагрузкой 10-15 кг.

4. Резкое ухудшение имевшейся или присоединение новой корешковой и особенно вертебральной симптоматики, выявляемой после любого из сеансов служит критерием отмены вытяжения.

5. Количество сеансов тракционной терапии не регламентировано и является строго индивидуальным у каждого пациента. Ориентиром для прекращения процедур является исчезновение спонтанных болей в позвоночнике в состоянии покоя и болезненности при пальпации паравертебральных структур.

6. По порядку проведения процедур тракционная терапия всегда ставится на последнее место для возможности охранительного двигательного режима и наибольшего отдыха после нее.

Противопоказания к вытяжению:

1. Остеопорозы позвоночника, склонность к самопроизвольным переломам и возраст старше 70 лет.
2. Нестабильность позвончков выше 1 степени, разрывы и надрывы связочно-мышечных структур, фасций, сухожилий.
3. Воспалительные заболевания позвоночника.
4. Состояния после операции на дисках не ранее, чем через 6-12 месяцев.

Противопоказания к тепловому воздействию:

1. Опухоли любого органа и любой локализации.
2. Склонность к кровотечениям.

Противопоказания к применению вибрации:

1. Мочекаменная и желчекаменная болезни в стадии обострения.
2. Ишемическая болезнь сердца, стенокардия покоя и напряжения, функциональный класс выше 3 степени, наличие

недостаточности кровообращения и аритмическая форма ишемической болезни сердца.

3. Состояние после сотрясения головного мозга (не ранее чем через 6 месяцев).

4. Вибрационная болезнь в любой стадии.

5. Склонность к тромбозам и кровотечениям.

Практически все пациенты отмечают улучшение: уменьшение болевых ощущений или их полное отсутствие, увеличение объёма движений в позвоночнике, конечностях; уменьшение или исчезновение проявлений чувствительных расстройств. Значительно улучшается общее самочувствие, настроение, качество жизни. По катamnестическим данным у большинства пациентов положительный эффект сохраняется от 6 месяцев до 1-2-х лет.

Внедрение предложенных лечебных технологий лечения на аппаратах «Ормед-профессионал» в широкую клиническую практику позволяет проводить раннюю активизацию пациентов и, таким образом, уменьшить риск новых осложнений, снизить затраты на реабилитацию путем сокращения срока стационарного лечения. Таким образом, данные нашего опыта работы на аппарате «Ормед-профессионал» дают возможность рекомендовать аппаратное вытяжение в комплексном, в т.ч. и на санаторно-курортном этапе лечения дорсопатии.

Литература

1. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Рига.: Зинатне, 1991. - 340 с.

2. Елифанов В.А., Елифанов А.В. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика). М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 272 с.

3. Еремушкин М.А. Массаж при коррекции функциональных нарушений структур опорно-двигательного аппарата. //Массаж. Эстетика тела. № 1 – 2005 г. - М. - С. 25-27.

4. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). МЕДпресс, 2003. - 687с.

5. Michaud T.C. Uneventful upper cervical manipulation in the presence of a damaged vertebral artery // Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics Sep 25 (2002) (7). - P. 472-483.