

Восстановительное лечение больных с вертеброгенной патологией на санаторном этапе с использованием дифференцированной тракционной терапии

В.А. Стражников, Д.П. Сорокин, С.А. Балакин, Ю.Д. Пестов
ФГБУ «Санаторий «Волжский утес» УД Президента РФ, Самарская область

Целью нашей работы явилась оценка лечебного эффекта тракционных методик при дифференцированном назначении тракционной терапии с учетом сопутствующей патологии при выборе метода тракционной терапии.

Для анализа были отобраны три группы больных по 50 человек с основным диагнозом остеохондроз позвоночника, которым проводилась тракционная терапия: подводное горизонтальное вытяжение, подводное вертикальное вытяжение, тракционная терапия с использованием детензор-матов. Подводному горизонтальному вытяжению, как менее нагрузочной по сравнению с вертикальным вытяжением методике, отдавалось предпочтение у больных с коморбидностью преимущественно сердечно-сосудистого профиля, а подводному вертикальному вытяжению – у больных, менее отягощенных сердечно-сосудистой патологией. Детензор-терапия применялась в случаях, когда показана тракция шейного отдела позвоночника.

Оценка эффективности восстановительного лечения проводилась на основании уменьшения болевого синдрома, увеличения объема движений, уменьшения гипертонуса мышц. Переносимость процедур во всех группах была хорошей. У 3х больных в группе детензор-терапии на первых 1–2 процедурах отмечался дискомфорт в поясничном отделе позвоночника. При дифференцированном назначении тракционной терапии больным остеохондрозом позвоночника с учетом сопутствующей патологии эффективность лечения в группах подводного вытяжения составила 93% и в группе детензор-терапии – 95%.

Таким образом, дифференцированный выбор метода трaкции с учетом частоты и вариабельности коморбидной патологии обеспечивает высокий лечебный эффект – 93 и 95% по группам, а также предупреждает развитие осложнений терапии.

Ключевые слова: тракция, остеохондроз позвоночника, коморбидность.

The aim of the present work was to assess a curative effect of differentiated traction therapy prescribed to patients with spinal osteochondrosis as the main diagnosis depending on the accompanying pathology in these patients.

There were three groups of patients (n - 50). All they were prescribed traction therapy which included: horizontal underwater traction, vertical underwater traction, traction therapy with Detensor mats. The horizontal underwater traction, being less load-carrying procedure comparing to vertical underwater traction, was prescribed to patients with marked related pathology mostly of cardio-vascular profile; while the vertical underwater traction was prescribed to patients with less marked cardio-vascular pathology. Detensor therapy was prescribed to patients who needed cervical traction.

The assessment of restorative effectiveness was made using the following parameters: pain syndrome decrease, movement volume increase, muscular hypertone decrease. All procedures were well-tolerated by patients in all groups. Three patients from the Detensor therapy group complained of discomfort in the lumbar zone at the first-second procedure. The differentiated approach to underwater traction therapy in patients with spinal osteochondrosis having various accompanying diseases allowed to achieve 93% effectiveness; in Detensor therapy group – 95% effectiveness.

Thus, a differentiated approach to the choice of traction therapy type depending on the frequency and severity of accompanying diseases in patients with spinal osteochondrosis provides a high curative effect (93% and 95%) and prevents possible traction therapy complications.

Key words: traction, spinal osteochondrosis, accompanying diseases.

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (ДДЗП) – остеохондроз и спондилоартроз – принадлежат к числу самых распространенных хронических заболеваний. Неврологические проявления ДДЗП занимают ведущее место среди всей патологии периферической нервной системы (67–95%). В общей структуре инвалидности вследствие заболеваний костно-суставной системы ДДЗП составляют 20,4%. Высокая частота ДДЗП обусловлена в значительной мере двигательным стереотипом населения: кабинетный характер работы, продолжительные статические нагрузки на позвоночник, малоподвижный образ жизни.

Число пациентов с вертеброгенной патологией в санатории «Волжский утес» составляет 30%,

из них 95% с диагнозом остеохондроз позвоночника.

Остеохондроз позвоночника – это дегенеративное поражение хряща межпозвонкового диска и реактивные изменения со стороны смежных тел позвонков. Он возникает при первичном поражении студенистого ядра. Под влиянием неблагоприятных статодинамических нагрузок упругое студенистое ядро, играющее амортизирующую роль и обеспечивающее гибкость позвоночника, начинает терять свои физиологические свойства, в первую очередь за счет деполимеризации полисахаридов. Оно высыхает, а со временем секвестрируется. Под влиянием механических нагрузок фиброзное кольцо диска, потерявшего упругость, выпячивается, а в последующем через

его трещины выпадают фрагменты студенистого ядра: протрузия сменяется пролапсом — грыжей диска. В условиях измененной, повышенной подвижности позвоночного сегмента (нестабильности) возникают реактивные изменения в смежных телах позвонков и в суставах (сопутствующий остеохондрозу спондилез). В патогенезе ДДЗП фигурируют два основных фактора: локальные перегрузки позвоночно-двигательных сегментов и декомпенсация в трофических системах организма [2]. Различают несколько основных механизмов формирования вертебрального синдрома: компрессионный, связанный со сдавлением нервных корешков; дисфиксационный, обусловленный ослаблением фиксации элементов сегмента; дисгемический, вызванный нарушением микроциркуляции, преимущественно в тканях, прилегающих к межпозвонковому диску пораженного сегмента; асептико-воспалительный, возникающий при формировании воспаления в элементах сегмента. ДДЗП — это хронический процесс. Морфологические изменения приобретают за время болезни необратимый характер, поэтому говорить об окончательном и полном выздоровлении в большинстве случаев не приходится. В связи с этим целью лечебных мероприятий является восстановление нормального функционального состояния позвоночника, означающее устранение клинических симптомов и обеспечение пациенту комфортных условий жизнедеятельности (улучшение качества жизни). Для достижения этой цели необходимо решение нескольких задач: купирование болевого синдрома, обусловленного напряжением мышц (миалгии), перегрузкой связочного аппарата и раздражением дисковых и внедисковых структур позвоночника (боли вертебрального характера), раздражением или сдавлением корешка (корешковые боли), «разгрузка» пораженных позвоночных двигательных сегментов и улучшение анатомических взаимоотношений в позвоночнике; повышение стабилизирующей роли мышц и устойчивости позвоночного столба к статодинамической нагрузке («укрепление мышечного корсета»); регресс дегенеративно-дистрофического процесса в межпозвонковых дисках через повышение функциональной активности единой генерализованной интегративной трофической системы организма, компонентами которой являются нервная, нейрогуморальная и иммунная системы, и всех звеньев микроциркуляции.

В основе лечебного эффекта любых видов тракций, в том числе и подводного вытяжения позвоночника, лежит механизм снижения внутридискового давления: увеличение расстояния между позвонками способствует уменьшению размеров грыжи за счет возврата части выпячивания на свое ложе, натяжение задней продольной связки

помогает возврату части диска с выпячиванием. Возможность растяжения позвоночного сегмента, т.е. увеличения межпозвонковой емкости для диска, доказана спондилографически (Мартынов Ю.С., 1988) [2]. Эти эффекты способствуют устранению диск-радукулярного конфликта, лежащего в основе неврологических проявлений ДДЗП.

В санатории «Волжский утес» тракционные методы лечения заболеваний позвоночника применяются более 15 лет. В санатории применяются подводное вытяжение поясничного отдела позвоночника: вертикальное и горизонтальное, детензор-терапия (см. рисунок). Указанные методики позволяют разгрузить больной диск, уменьшить патологическое напряжение мышц.

Подводное горизонтальное вытяжение проводится на установке немецкой фирмы «UNBESCHIEDEN BADEN-BADEN GmbH», вертикальное вытяжение — на отечественной установке.

Указанные методики позволяют разгрузить больной диск, уменьшить патологическое напряжение мышц. По сравнению с «сухим» вытяжением подводное имеет преимущество: теплая вода позволяет достигнуть полной релаксации мышц. У вертикального подводного вытяжения есть еще 2 положительных фактора: пневмомассаж (по типу жемчужных ванн) и гидромассаж стоп.

В санатории утверждены следующие показания и противопоказания.

Показания к вытяжению позвоночника (по МКБ-10):

1. M51 Дорсопатия: дегенерация межпозвонковых дисков поясничного и других отделов.
2. M51.1 Дегенерация межпозвонковых дисков поясничного и других отделов с миелопатией.
3. M51.0 Дегенерация межпозвонковых дисков поясничного и других отделов с радикулопатией.

Показаниями для подводного вытяжения являются следующие клинические синдромы этой патологии: острые и подострые болевые проявления вертебральных синдромов как следствие действия компрессионно-механического фактора; рефлекторные и нейрососудистые, мышечно-тонические цервикокраниалгии, цервикобрахиалгии и люмбоишалгии, обусловленные действием компрессионно-механического фактора; нейротрофические и нейрососудистые нарушения некорешкового генеза; псевдоспондилолистез (при «соскальзывании» вышележащего позвонка не более 1/3 величины тела); болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит) в начальной стадии, когда сохранены подвижность и нет данных, указывающих на анкилозирование позвонков.

Противопоказания: общие к водолечению и ваннам различного химического состава; острая стадия



а



б



в

Рисунок. Методики лечения. а – вертикальное вытяжение, б – горизонтальное вытяжение, в – детензор-терапия.

вертеброгенного заболевания с резко выраженным болевым синдромом; нарушение кровообращения спинного мозга; воспалительные спинальные синдромы (арахноидит, рубцово-спаечный эпидурит), инфекционные заболевания позвоночника; истинный спондилолистез шейного отдела позвоночника любой степени; нестабильность позвоночника; выраженный деформирующий спондилез и спондилоартроз; заболевания, сопровождающиеся системным поражением костной ткани; грыжа диска с выпадением фиброзного кольца или пульпозного ядра в позвоночный канал; секвестрированные грыжи; сколиоз в детском возрасте (опасность перерастяжения не до конца сформированного связочного аппарата и прогрессирования искривления); синдром сдавления конского хвоста или спинного мозга; индивидуальная непереносимость вытяжения; появление четкой отрицательной симптоматики при «пробной» тракции. Возраст пациента и размеры межпозвоночной грыжи сами по себе не являются противопоказаниями для подводного вытяжения, однако следует отметить, что эффективность метода в старших возрастных группах и при боль-

шой грыже диска (6 мм и более по данным МРТ) снижается.

Целью нашей работы явилась оценка лечебного эффекта тракционных методик при дифференцированном назначении тракционной терапии с учетом сопутствующей патологии при выборе метода тракционной терапии.

Для анализа были отобраны три группы больных по 50 человек с основным диагнозом остеохондроз позвоночника, которым проводилась тракционная терапия. В 1-й группе проводили горизонтальное вытяжение, во 2-й группе – вертикальное вытяжение, в 3-й – тракционную терапию с использованием детензор-матов. Подводному горизонтальному вытяжению, как менее нагрузочной по сравнению с вертикальным вытяжением методике, отдавалось предпочтение у больных с коморбидностью преимущественно сердечно-сосудистого профиля, а подводному вертикальному вытяжению – у больных, менееотягощенных сердечно-сосудистой патологией. Детензор-терапия применялась в случаях, когда показана тракция шейного отдела позвоночника.

Распределение больных по половому и возрастному признаку

Группы больных	Средний возраст больных, годы	Мужчины, %	Женщины, %
Группа вертикального вытяжения	50	58	42
Группа горизонтального вытяжения	51	30	70
Детензор-терапия	43	14	86

Таблица 2

Выраженность болевого синдрома

Группы больных	Болевой синдром		
	выраженный	умеренно выраженный	слабовыраженный
Группа вертикального вытяжения	42%	42%	16%
Группа горизонтального вытяжения	26%	66%	8%
Детензор- терапия	24%	66%	10%

Таблица 3

Частота и вариабельность коморбидной патологии, эффективность лечения

Группы больных	Частота коморбидной патологии	Вариабельность коморбидной патологии	Эффективность лечения
Группа вертикального вытяжения	2,2 заболевания	Болезни сердечно-сосудистой системы – 23% Болезни желудочно-кишечного тракта – 34%	93%
Группа горизонтального вытяжения	3 заболевания	Болезни сердечно-сосудистой системы – 46% Болезни желудочно-кишечного тракта – 26%	93%
Детензор-терапия	2 заболевания	Болезни сердечно-сосудистой системы – 30% Болезни желудочно-кишечного тракта – 21%	95%

Всем больным тракционная терапия проводилась в комбинации с лечебной гимнастикой, ручным массажем, минеральными, радоновыми ваннами.

Средний возраст больных (табл. 1) составил 43 года в группе больных, принимавших детензор-терапию, 50 и 51 год в группах подводного вытяжения. Мужчины преобладали в группе подводного вертикального вытяжения (58%), женщины – в группе горизонтального вытяжения и детензор-терапии, соответственно 70 и 86%.

Оценка болевого синдрома проводилась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), где 1–3 балла – слабовыраженный, 4–6 баллов – умеренно выраженный, 7–10 баллов – выраженный болевой синдром. Выраженный болевой синдром (табл. 2) был наиболее частым в группе подводного вертикального вытяжения (42%) и наименее частым – в группе детензор-терапии – 24%.

Частота коморбидной патологии (табл. 3) была наиболее высокой в группе подводного горизонтального вытяжения (3 заболевания) и наименьшей – в группе детензор-терапии (2 заболевания). Болезни сердечно-сосудистой системы преобладали в группе больных, получавших

горизонтальное вытяжение (46%), по сравнению с группой пациентов вертикального вытяжения (23%). Болезни желудочно-кишечного тракта в группе вертикального вытяжения (34%) встречались чаще, чем в группе горизонтального вытяжения (26%).

Оценка эффективности восстановительного лечения проводилась на основании уменьшения болевого синдрома, увеличения объема движений, уменьшения гипертонуса мышц. Переносимость процедур во всех группах была хорошей. У 3 больных в группе детензор-терапии на первых 1–2 процедурах отмечался дискомфорт в поясничном отделе. При дифференцированном назначении тракционной терапии больным остеохондрозом позвоночника с учетом сопутствующей патологии эффективность лечения в группах подводного вытяжения составила 93% и в группе детензор-терапии – 95%.

Таким образом, дифференцированный выбор метода трaкции с учетом частоты и вариабельности коморбидной патологии обеспечивает высокий лечебный эффект – 93 и 95% по группам, а также предупреждает развитие осложнений терапии.

Литература

1. Кочунева О.Я., Куликов М.П., Кочетков А.В., Галперин В.Е. Подводное вертикальное вытяжение позвоночника при грыжах межпозвоночных дисков. // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. (Материалы Международного Конгресса «Здравница-2012», - Москва, 8-10 октября 2012. - М.: Изд РНЦВМиК. - 2012. - С. 103

2. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1989. - 464 с.

3. Попелянский Я.Ю., Штульман Д.Р. Боли в шее, спине и конечностях. В кн.: Болезни нервной системы:

Руководство для врачей: В 2-х т. - Т.2 / Под. Ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2003. - С. 306-329.

4. Портнов В.В. Дозированное подводное горизонтальное вытяжение позвоночника в бальнеокомплексе немецкой фирмы «UNBESCHIEDEN BADEN-BADEN GmbH» Практическое руководство для пользователя. - Москва., - 2005.

5. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия: Учебник. - Мн.: Интерпрессервис; Книжный Дом, 2003. - 512 с.

Реабилитационное лечение неврологических больных в условиях санатория

Н.Ю. Долгова, С.А. Воронцов, О.В. Кириченко, И.Ю. Макарова
ФГБУ «Объединенный санаторий «Подмосковье» УД Президента РФ

Целью работы являлось изучение эффективности реабилитации пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения в условиях санатория. Были обследованы 137 пациентов в возрасте от 40 до 68 лет с диагнозом ишемический (114 пациентов) и геморрагический (23 пациента) инсульт в раннем реабилитационном периоде – от 7 нед до 1 года. Оценивали неврологический статус пациентов (шкала Бартела, шкала NIHSS, модифицированная шкала Ранкина, шкала MRC, шкала Столярова), лабораторные показатели (биохимический анализ крови), состояние высших психических функций (нейропсихологическая диагностика) после курса реабилитационного лечения. Выявлена положительная динамика по основным показателям неврологического и нейропсихологического статусов, инструментально-лабораторных данных.

Ключевые слова: нейрореабилитация, санаторное лечение, инсульт.

The aim of the present work was to study the effectiveness of sanatorium rehabilitation in patients after the acute cerebral blood flow impairments. 137 patients aged 40-68 at their early rehabilitation stage (from 7 weeks until one year) were taken into the study. There were 114 patients with ischemic stroke and 23 patients with hemorrhagic stroke among them. Their neurological status after the prescribed rehabilitation course was evaluated with Bartel scale, NIHSS scale, Rankin modified scale, MRC scale, Stoljarov scale as well as with laboratory findings (biochemical blood analysis) and parameters of highest psychic functions (neuropsychological diagnostics). A positive dynamics in the neurological and neuropsychic status and instrumental and laboratory findings has been revealed.

Key words: neurorehabilitation, sanatorium treatment, stroke.

В структуре общей смертности населения России острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) занимает второе место и является основной причиной утраты трудоспособности: около 20% пациентов, перенесших ОНМК, становятся тяжелыми инвалидами [4]. При этом заболеваемость ОНМК в Российской Федерации, составляя 2,5–4 случая на 1000 населения, является одной из самых высоких в мире [1]. Таким образом, катастрофические последствия ОНМК для физического и психического здоровья человека определяют приоритетность проблемы разработки методов профилактики ОНМК и реабилитации пациентов после инсульта.

Экономико-социальное положение страны в течение последних десятилетий привело к тому, что лечебные учреждения фокусировались главным образом на спасении жизни пациента, уделяя намного меньше внимания проблемам качества жизни и восстановления трудоспособности [7].

Однако в последние годы отмечается рост интеграции неврологов, кардиологов и врачей других специальностей как для совершенствования системы первичной и вторичной профилактики ОНМК, так и для повышения качества медико-социальной реабилитации постинсультных больных [5]. Организация долечивания пациентов с последствиями ОНМК в специализированных неврологических отделениях санаториев позволила сочетать в реабилитационных программах широкий комплекс методов и технологий, направленных на восстановление двигательных, когнитивных, вегетативных и других функций.

Санаторная реабилитация, несмотря на более высокую стоимость и удлинение срока временной нетрудоспособности для работающих пациентов, является стратегически более выгодной, так как позволяет многомерно охватить широкий спектр реабилитационных направлений, снижа-