

Современные подходы к реабилитации пациентов с дорсопатиями

А.И. Романов, Д.Ю. Каллистов,
Е.В. Касимцева, Е.А. Романова, Н.В. Федина

ФГБУ «Центр реабилитации» УД Президента РФ, Московская область

В статье представлен анализ заболеваемости трудоспособного населения дорсопатиями, оказывающими существенное негативное влияние на состояние здоровья и качество жизни, а также вызывающими существенные экономические потери общества. Показаны возможности и результаты применения новой технологии лечения и реабилитации таких пациентов, основанной на компьютеризированном аппаратном комплексе «Тергумед 3Д».

Ключевые слова: дорсопатии, лечение, реабилитация.

The present paper analyzes a dorsopathy morbidity rate among active population. This pathology has a considerable negative impact at people's health and life quality as well as it causes considerable economic losses. The authors demonstrate possibilities and results of new curative and rehabilitation approaches in such patients when a computerized complex «Tergumed 3D» is used.

Key words: dorsopathy, treatment, rehabilitation.

Анализ структуры заболеваемости трудоспособного населения свидетельствует о большой распространенности хронических вертеброгенных болевых синдромов, оказывающих существенное негативное влияние на состояние здоровья и качество жизни людей, влекущих экономические потери общества. Данные литературы свидетельствуют, в частности, о том, что более 70% трудоспособного населения страдает болями в позвоночнике, чаще всего в поясничном отделе. Приблизительно треть населения (28,4%) в возрасте 20–69 лет страдает периодическими болями в спине и 84% переживает относительно длительный эпизод боли в спине хотя бы раз в течение жизни. Синдром боли в спине занимает третье место после болезней сердца и рака по затратам на его лечение (Р.Л. Гэлли, 1995).

Результаты проведенных нами (Е.А. Романова, Д.Ю. Каллистов, 2008 г.) исследований свидетельствуют о том, что среди работников умственного труда от болей в спине страдают 42,9% обследованных мужчин и 54% женщин, от болей в нижних конечностях – 33% мужчин и 52,8% женщин. При этом была установлена положительная статистическая связь между интенсивностью и частотой возникновения болей и уровнем напряженности труда, выраженностью профессионального стресса, оцененного с соответствии с психофизиологическими моделями, а также индексом тяжести бессонницы. В частности, отсутствие болей в спине отметили у себя 61% работников без нарушений сна и только 29% опрошенных, страдающих от бессонницы.

Многие пациенты с дорсопатиями годами применяют обезболивающие препараты, дающие кратковременный лечебный эффект и значимые побочные эффекты. Лечебная гимнастика если и выполняется работающим человеком в течение дня, то зачастую неправильно. Исходя из этого, разработка и внедрение эффективных программ реабилитации пациентов с хроническими болевыми синдромами являются актуальной медицинской и социальной задачей.

В современной вертебрологии активно развиваются подходы к немедикаментозному лечению заболеваний позвоночника, появляются новые аппаратные методики. За последние годы в ФГУ «Центр реабилитации» был внедрен ряд перспективных методов диагностики и лечения дорсопатий. В частности, хороший клинический эффект обеспечивают методика клинического анализа движений в сочетании с программируемой электростимуляцией мышц нижних конечностей в ходьбе, подводное вертикальное и горизонтальное вытяжение позвоночника, использование терапевтических матрасов «Детензор», занятия на автоматизированных тренажерных системах в сочетании с методиками психотерапевтической коррекции и лечения расстройств сна.

Исходя из этого, нами была поставлена задача – изучить непосредственные и отсроченные результаты применения ряда новых методик, используемых в комплексных программах реабилитации пациентов с дорсопатиями (наряду с общепринятыми методиками, вошедшими в стандарты оказания медицинской помощи), с целью оценки их эффективности и оптимизации указанных программ.

Для решения поставленной задачи проанализированы результаты реабилитации 173 пациентов (92 мужчины, 81 женщина), проходивших реабилитацию в 2007–2010 гг. в связи с наличием хронических болей в спине. Оперированные пациенты, а также больные с явлениями радикулоишемии и радикулопатии в анализ не включались.

Были сформированы 4 группы из пациентов со сходными антропометрическими характеристиками и выраженностью болевого синдрома на момент поступления. Пациентам всех групп был проведен стандартный набор лечебно-оздоровительных мероприятий, включающий занятия лечебной гимнастикой, занятия в бассейне, массаж, физиотерапевтические методики и медикаментозную терапию (вазоактивные препараты, антиоксиданты, метаболиты, миорелаксанты и НПВС). 1-я группа была контрольной. Пациенты 2-й подгруппы дополнительно

Результаты применения комбинированных методик реабилитации пациентов с дорсопатиями, баллы

Группа	До начала реабилитации	16–18 сут	1 год
Контрольная группа, $n = 42$	35±5,3	28,5±4,1	31,3±5,9
Tergumed 3D, $n = 44$	37,2±6,1	21,5±3,5	24,0±4,4
Подводное горизонтальное вытяжение, $n = 45$	34,9±7,1	19,7±5,6	25,9±5,1
Психотерапевтические методики коррекции стресса и хронической бессонницы, $n = 42$	36,4±5,3	23,2±5,1	24,7±5,2

к основной программе проходили тестирование и занятие на компьютеризированном комплексе «Tergumed 3D», пациенты 3-й группы получали 8–10 процедур подводного горизонтального вытяжения в сочетании с детензор-терапией, пациентам 4-й группы дополнительно проводились мероприятия по психотерапевтической коррекции и лечению нарушений сна.

Для оценки динамики выраженности болевого синдрома использовались результаты клинического обследования и результаты анкетирования по J.Fairbank, позволяющего оценить интенсивность боли, ее влияние на способность к самообслуживанию, перемещению, участие в общественной жизни и пр. (шкала от 0 до 50 баллов).

Компьютеризированное устройство «Тергумед 3Д», разработанное для диагностики и тренировки мышц поясничного отдела позвоночника, позволяет измерять подвижность позвоночника, гибкость и силу мышц поясничного отдела позвоночника, выполнять изометрические и динамические тренировки данных групп мышц. Показания к тренировкам к использованию комплекса «Тергумед 3Д» являются вертеброгенные синдромы (болевой, мышечно-тонический), остеохондроз позвоночника, протрузии и грыжи дисков, спондилез и спондилолистез, слабость мышечного корсета.

Абсолютными противопоказаниями являются недавние переломы сроком менее 4 мес; перенесенные операции на брюшной полости сроком до 4 мес; сколиоз более 30 градусов; острые воспалительные состояния; остеопороз (плотность костной ткани менее 80% от нормы в соответствии с возрастом), грыжи послеоперационных рубцов, нестабильная стенокардия и сердечная недостаточность, сосудистые нарушения (легочная эмболия, тромбоз вен, ишемия головного мозга), отслоение сетчатки.

Тестирование и тренировки проводятся сидя на специальном кресле, туловище пациента фиксировано с помощью стабилизирующих подушек, так, чтобы активные движения происходили строго в поясничном отделе по строго заданным параметрам. Все движения производятся в безболевого диапазоне под контролем врача. Вначале проводится тестирование на гибкость и подвижность позвоночника, измерение силы мышц по трем плоскостям: сагитальной (сгибание, разгибание), фронтальной (боковые наклоны туловища влево, вправо), трансверсальной (вращение туловища влево, вправо). Результаты тестирования отражаются на мониторе компьютера. По результатам теста врач ЛФК дает заключение о состоянии мышц поясничной области и назначает тренировки в той плоскости, где обнаружен дисбаланс мышц. Тренировочный процесс так же отражается на мониторе компьютера, стоящего перед пациентом. Темп, силовая нагрузка, амплитуда движения контролируются по механизму обратной связи врачом и самим пациентом, что повышает заинтересованность в конечном результате лечения. Тренировочный процесс на «Тергумед» начинается с укрепления мышечного корсета поясничного отдела позвоночника. Для этого проводятся изометрические тренировки на силовую выносливость

и силу мышц поясницы. Начинаем тренировки с минимальной нагрузки в размере 50% от теста и постепенно увеличиваем нагрузку уже со второго занятия, так же постепенно присоединяем тренировки на подвижность, т.е. динамические упражнения. Врач ЛФК ежедневно перед тренировкой оценивает состояние мышц спины (их тонус, напряжение) и на основании визуального осмотра координирует тренировочный процесс. Через 4–5 дней проводится повторное тестирование мышц поясничной области и на основании его дается дальнейшее заключение промежуточного этапа тренировок. Если пациент находится в стационаре недолго — 14–16 дней, ему проводится тестирование и по его результатам назначается количество тренировок.

Результаты применения стандартных методик реабилитации и новых методик представлены в таблице. В целом уменьшение выраженности болевого синдрома отмечено у больных всех групп, более выраженное непосредственное улучшение отмечено у пациентов, которым проводились вытяжение позвоночника и занятия на аппарате «Tergumed»; хорошие отсроченные результаты терапии у пациентов, которые были обучены психотерапевтическим методикам коррекции стресса и нарушений сна, свидетельствуют о существенной роли центральных антиноцицептивных механизмов в генезе хронических болевых синдромов у работников умственного труда.

Полученные данные дают основание считать включение занятий на аппарате «Tergumed 3D», горизонтального вытяжения позвоночника и методик коррекции стресса и расстройств сна обоснованным способом улучшения непосредственных и отсроченных результатов лечения больных с дорсопатиями. Целесообразно продолжение исследований по данной тематике с целью уточнения механизмов указанных зависимостей, а также определения оптимальных сочетаний новых методик в составе реабилитационных программ.

Работа выполнена при поддержке Министерства образования и науки Российской Федерации в рамках выполнения работ по мероприятию 2.1 ФЦП «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2009 – 2013 годы.