DOI: 10.17117/na.2015.11.04.053

<http://ucom.ru/doc/na.2015.11.04.053.pdf>

Поступила (Received): 17.11.2015

Голдобина Л.П. Медицинская реабилитация физическими факторами при люмбалгиях

Goldobina L.P.
Medical rehabilitation of physical factors for lumbalgia

Показана эффективность комплексного дифференцированного лечения люмбалгий с применением современных физических методов. Комплексы применялись в зависимости от механизма формирования вертебрального синдрома: компрессионного, дисфиксационного, дисгемического и асептико-воспалительного. В результате значительно сократились сроки лечения и увеличилась продолжительность ремиссии

Ключевые слова: люмбалгия, физиотерапия, медицинская реабилитация

The effectiveness of the integrated differential treatment lumbalgia sovrmemennyh using physical methods. Complexes were applied depending on the mechanism of formation of the vertebral syndrome: compression, disfixsation, disgemicheskation and aseptic-inflammatory. As a result, significantly reduced the treatment time and increased the duration of remission

Key words: lumbalgia, physiotherapy, medical rehabilitation

Голдобина Лариса Прокофьевна

Кандидат медицинских наук, доцент
Башкирский государственный медицинский университет
г. Уфа, ул. Ленина, 3

Goldobina Larisa Prokofievna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Bashkortostan state medical university
Ufa, Lenina st., 3

Люмбалгия или боль в нижней части спины (БНЧС) – клинический синдром, проявляющийся болевыми ощущениями, мышечным напряжением и ригидностью, локализующимися в области между нижними краями 12 ребер и нижними ягодичными складками с иррадиацией в ногу или без нее. Боли в спине встречаются у 30% населения развитых стран мира, причем 2/3 пациентов представлены лицами трудоспособного возраста [6, с.126]. Число таких больных в последние годы неуклонно увеличивается, а на восстановительные мероприятия расходуются огромные средства. Большую роль в медицинской реабилитации больных люмбалгиями играет дифференцированное применение физических факторов [1, с.470-471].

Цель исследования: изучение эффективности комплексного дифференцированного лечения люмбалгий с применением физических факторов.

Материал и методы. Проведено обследование 152 больных: 88 мужчин и 64 женщин. Большинство пациентов приходилось на наиболее трудоспособный возраст – 31 – 50 лет (73,2%). Всем больным до и после лечения, а также при

катамнестическом осмотре проводили клинико-инструментальное обследование, включающее вертеброневрологические, рентгенологические, томографические и реографические методы [5, с. 74-86]. Каждому больному подсчитывался показатель вертебрального синдрома (ПВС), показатель экстравертебрального синдрома (ПЭВС) и интегральный показатель болезни (ИПБ).

Результаты и обсуждение исследований показали, что ведущими механизмами развития вертебрального синдрома являются – компрессионный (30,8%) и дисфиксационный (28,1%). Из экстравертебральных проявлений преобладали нейродистрофические (53,7%).

Среди факторов, вызывающих возникновение или обострение заболевания, ведущую роль имеют физическая нагрузка (23,2%), физическая нагрузка в сочетании с переохлаждением (20,0%), статическое перенапряжение (16,0%), переохлаждение (13,6 %).

Учитывая специфичность действия каждого физического фактора, нами применялись комплексы дифференцированной физической реабилитации больных с люмбалгиями в зависимости от механизма формирования вертебрального синдрома, экстравертебральных проявлений и стадии заболевания.

При компрессионном механизме вертебрального синдрома воздействие было направлено на уменьшение объема патологических образований – источников болевой ирритации. На этапе прогрессирования пациентам назначали криотерапию, магнитотерапию, тракционное лечение. На стационарном этапе применяли импульсную терапию, комбинированное воздействие криотерапии и импульсных токов, переменное магнитное поле, магнитолазеротерапию, подводное вытяжение позвоночника, лечебную гимнастику [4, с. 141].

При дисфиксационном механизме вертебрального синдрома на этапе прогрессирования для создания миофиксации назначали корсетирование, электропунктуру, лечебную гимнастику в изометрическом режиме. На стационарном этапе применяли электростимуляцию паравертебрально, подводный душ-массаж, лечебную гимнастику.

При дисгемическом механизме с целью улучшения микроциркуляции в тканях, прилегающих к диску, на этапе прогрессирования больным назначали дарсонвализацию, магнитотерапию. На стационарном этапе применяли инфракрасный лазер, магнитолазеротерапию, импульсные токи, электрофорез с никотиновой кислотой, эуфиллином, массаж, подводный душ-массаж, жемчужные ванны.

При асептиковоспалительном механизме применялась терапия, оказывающая противовоспалительное, обезболивающее, рассасывающее, трофическое действие. На этапе прогрессирования назначали э.п. УВЧ или ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах, на стационарном этапе: ультразвук или фонофорез с гидрокортизоновой мазью, инфракрасный лазер, магнитотерапию, парафино-озокеритовые аппликации, массаж.

Помимо лечения вертебрального синдрома воздействовали и на экстравертебральные проявления: при мышечно-дистонических проявлениях назначали криотерапию, импульсные токи, гидромассаж, массаж, вегето-сосудистых

проявлениях – дарсонвализацию, магнитотерапию, лазеротерапию, нейро-дистрофических нарушениях – фонофорез с гидрокортизоновой мазью, электрофорез с мумие, лидазой, магнитолазеротерапию, парафино-озокеритовые аппликации, массаж [5, с. 27-29].

В результате проведенных реабилитационных мероприятий интегральные показатели заболевания достоверно ($p < 0,01$) уменьшились после лечения и при катamnестическом обследовании.

По сравнению с контрольной группой – 60 пациентов, которым назначалась общепринятая реабилитация (аппаратная физиотерапия, массаж, ЛФК), выявлены достоверные различия ($p < 0,01$) в динамике интегральных показателей, причем до лечения показатели не имели достоверных различий.

При анализе реовазографии нижних конечностей после лечения и при катamnестическом обследовании отмечено достоверное ($p < 0,01$) повышение реографического индекса бедер и голеней как на стороне болевого синдрома, так и на противоположной. Также достоверно ($p < 0,01$) понизился коэффициент асимметрии.

При анализе отдаленных результатов проведенной физической реабилитации установлен стойкий положительный эффект. Ремиссия у 113 пациентов (74,8%) составила 369 ± 21 дней, тогда как у 58,3% пациентов (35 чел.) контрольной группы – через 116 ± 53 дней после лечения отмечалось обострение заболевания. Также наблюдалось достоверное различие интегральных показателей болезни при катamnестическом осмотре [2, с. 18-20].

Таким образом, дифференцированное применение физических факторов в медицинской реабилитации больных люмбалгиями способствует регрессу основных интегральных показателей, отражающих выраженность болезненного процесса, нормализации данных реографического исследования, позволяет сократить сроки лечения и добиться стойкой ремиссии.

Список используемых источников:

1. Нейрореабилитация: руководство для врачей. М.: Антидор, 2000. С. 470-475.
2. Заинчуковская Л.П. Комплексная дифференцированная физическая реабилитация неврологических проявлений дистрофических поражений позвоночника. Автореферат диссертации канд. мед. наук. Уфа, 1998. С. 18-20.
3. Заинчуковская Л.П., Галлямова А.Ф., Новиков Ю.О. Опыт лечения миофасциального болевого синдрома грудной клетки с применением методов физиотерапии // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2001. № 6. С. 27-29.
4. Заинчуковская Л.П., Новиков Ю.О. Лечебная гимнастика в реабилитации больных с дорсалгиями // Тез. докл. VIII Всерос. съезда неврол. Казань, 2001. С. 141.
5. Хабиров Ф.А. Мануальная терапия компрессионно-невральных синдромов остеохондроза позвоночника. Казань, 1991. С. 74-86.
6. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS): Research on low back pain and common spinal disorders // Nin Guide, 1997. Vol. 26, № 16. P. 126-131.