



РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ СПОНДИЛОЛИСТЕЗЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

В.П. Шатрова, К.Т. Месхи, А.Г. Аганесов, К.П. Микаелян

Российский научный центр хирургии им Б.В. Петровского, Москва

Цель исследования. Оценка эффективности использования акупунктуры в терапевтическом лечении и послеоперационной реабилитации пациентов со спондилолистезом поясничных позвонков.

Материал и методы. Проведены клинические наблюдения в группе из 42 пациентов со спондилолистезом, осложненным корешковым синдромом. После оперативного вмешательства больным проводилось лечение, включающее в себя корпоральную акупунктуру и медикаментозное лечение (НПВС, мочегонные препараты, витамины, миорелаксанты). Оценка интенсивности болевого синдрома производилась с помощью болевого опросника McGill и визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), ЭМГ-исследования.

Результаты. Уменьшение корешкового синдрома при использовании медикаментозной терапии в 1-й день лечения наблюдали у 10 % больных; на 3-й день — у 35 %. На 5-й день у 55 % больных произошло полное купирование болевого синдрома. При сочетании медикаментозного лечения с иглорефлексотерапией полное купирование болевого синдрома достигалось в 95,4 % случаев в течение пяти дней.

Заключение. Иглорефлексотерапию целесообразно использовать в комплексной послеоперационной реабилитации больных со спондилолистезом, осложненным корешковым синдромом.

Ключевые слова: рефлексотерапия, спондилолистез, ВАШ.

REFLEXOTHERAPY IN COMPLEX POSTOPERATIVE REHABILITATION FOR LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS

V.P. Shatrova, K.T. Meskhi, A.G. Aganesov, K.P. Mikaeljan

Objective. To assess the acupuncture efficiency for conservative treatment and postoperative rehabilitation of patients with spondylolisthesis.

Material and Methods. The study group included 42 patients with spondylolisthesis complicated by root syndrome. After surgical intervention the patients underwent treatment consisting of corporal acupuncture and drug therapy (NSAID, diuretics, vitamins, muscle relaxants). The McGill Pain Questionnaire (MPQ), visual analog scale (VAS) and EMG-examinations were used for pain assessment.

Results. Drug therapy contributed to pain decreasing in 10 % of patients on the first day of treatment and in 35 % — on the third. Complete relief of pain syndrome occurred in 55 % of patients on the fifth day. The combination of drug therapy and acupuncture provided complete reduction of pain syndrome in 95.4 % of cases during 5 days.

Conclusion. It is advisable to apply corporal acupuncture to complex postoperative rehabilitation of patients with spondylolisthesis complicated by root syndrome.

Key Words: reflexotherapy, spondylolisthesis, VAS.

Hir. Pozvonoc. 2006;(2):12–15.

Спондилолистез определяется как переднее, заднее или боковое смещение позвонка относительно нижележащего, обусловленное рядом этиологических факторов: врожденное аномальное развитие пояснично-крестцовой области, ослабление связочного аппарата позвоночника и околопозвоночных мышц, патология межпозвоночных дисков и межсуставного отдела дуги, травма, на-

рушение обменно-гормональных процессов, наследственная предрасположенность. В зависимости от сочетания данных факторов и возраста больного, в результате воздействия тех или иных причин создается определенный этиологический комплекс и развивается спондилолистез, выражающийся корешковым синдромом различной степени тяжести.

При выборе тактики оперативного лечения имеет значение степень смещения позвонка, частота обострений, а также причины их появления, характер неврологических нарушений, степень потери нетрудоспособности, эффективность консервативного лечения.

Полноценная диагностика и адекватная консервативная терапия дегенеративных заболеваний позвоноч-

ника позволяют не только квалифицированно подготовить больных к оперативному лечению, но и значительно облегчают течение послеоперационного периода.

Цель исследования – оценка эффективности использования акупунктуры в терапевтическом лечении и послеоперационной реабилитации пациентов со спондилолистезом поясничных позвонков.

Материал и методы

В группу наблюдения включены 42 пациента со спондилолистезом, осложненным корешковым синдромом, у которых отмечено преобладание болей по типу ишиалгии или люмбагоишиалгии. У 23 (54,7 %) пациентов боли носили постоянный характер. В 19 наблюдениях боль усиливалась от физической нагрузки. Многие пациенты отмечали слабость в ногах.

Больным выполнены микрохирургическая дискэктомия или ламинэктомия, транспедикулярная фиксация с редукцией (или без) позвонка, спондилодез межпозвонковыми кейджами. Показанием к оперативным вмешательствам послужило смещение позвонка в сочетании с клинической картиной. После операции в зависимости от выраженности корешкового синдрома проводили корпоральную акупунктуру и медикаментозное лечение (диклофенак – 100–150 мг/сут, сирдалуд – 8 мг/сут, мильгамма – 2,0 мл/сут, троксевазин – 600 мг/сут, трентал – 400 мг/сут). С целью купирования корешкового синдрома использовалась иглорефлексотерапия, которая, по данным многочисленных авторов, является эффективным методом лечения [1–5]. Комбинации акупунктурных точек составляли строго индивидуально. Для проведения рефлексотерапии использовали сочетание локальных и отдаленных акупунктурных точек. Все пациенты с корешковым синдромом отмечали изменение характера боли через 30 мин после нача-

ла первой процедуры. Иглорефлексотерапию проводили ежедневно стандартными акупунктурными иглами. Использовали первый тормозной метод воздействия с экспозицией игл в течение 30–40 мин.

При выборе акупунктурных точек для достижения максимального эффекта руководствовались следующими принципами:

- 1) иглоукалывание осуществляли в акупунктурные точки общего воздействия;
- 2) сочетали точки общего, сегментарного и регионального воздействия;
- 3) осуществляли акупунктурное воздействие на меридианах, путь которых проходит через область, где локализуется боль, или рядом с ней;
- 4) сочетали иглоукалывание с прогреванием полынными сигарами в одних и тех же точках.

Качественные характеристики корешкового болевого синдрома получали при помощи широко известного болевого опросника McGill [6]. Данный тест включает 102 дескриптора боли, распределенных по трем основным группам. Первая группа (88 описательных выражений) ассоциируется с характером болевых ощущений, вторая (5 описательных выражений) – с интенсивностью боли, третья (9 дескрипторов) – с продолжительностью боли. При последующем анализе учитывались число и ранговое положение выбранных дескрипторов по каждой группе.

Для субъективной количественной оценки болевого синдрома, а также эффективности его устранения использовали так называемые ранговые шкалы. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) представляет собой отрезок прямой линии длиной 10 см, начало и окончание которой отражают отсутствие боли или крайний предел ее интенсивности. Измерив отмеченный участок, определяли условную интенсивность боли в баллах (соответственно длине в сантиметрах). Вербальная ранговая шкала – та же

ВАШ, но с оценочными дескрипторами боли, расположенными вдоль прямой: слабая, умеренная, сильная и т.д. Числовая оценочная шкала представляет собой отрезок прямой с нанесенными на него цифрами от 0 до 10.

Наиболее объективными считаются оценки боли, полученные при помощи горизонтально расположенных шкал. Они хорошо коррелируют с дескрипторной оценкой болевых ощущений и более точно отражают их динамику.

Для объективной оценки и степени тяжести болевого синдрома использовали ЭМГ-исследование. Обнаружение признаков формирования патологической алгической системы, указывающих на вовлечение центральных структур мозга в генез болевого синдрома, являлось основанием для назначения комплексной терапии, включающей комбинацию медикаментозной терапии и методов рефлексотерапии.

Субъективная и объективная оценка осуществлялась на следующих этапах:

- до операции с целью диагностики и оценки тяжести болевого синдрома, его стандартизации для анализа эффективности лечения;
- сразу же после выполнения операции с целью оценки ее эффективности;
- перед выпиской пациента с целью комплексной оценки эффективности лечения и прогнозирования вероятности рецидива.

Лечение корешкового синдрома в раннем послеоперационном периоде проведено у 42 пациентов: 20 из них получали медикаментозное лечение, 22 – медикаментозное лечение и иглорефлексотерапию. Применяли корпоральные акупунктурные точки следующего набора: GI-4, GI-11, E-36, VC-3, V-31, VB-34, V-60, VB-43, VC-4, V-37, V-54, V-25, V-30, RP-26, RP-9, MC-6, V-62; при наличии депрессивных расстройств – C3, C6, MC6, E36, GI4, VB34, VG20.

Динамику корешкового синдрома оценивали в первый, третий и пятый дни после операции.

Результаты

Динамика корешкового синдрома у больных со спондилолистезом на фоне медикаментозной и комплексной терапии отражена в табл. 1. Следует отметить, что уменьшение корешкового синдрома при использовании медикаментозной терапии в 1-й день лечения наблюдали у 10 % больных (1 человек с умеренными болями, 1 – со слабым болевым синдромом); на 3-й день наблюдалось купирование боли у 7 (35 %) пациентов (наиболее выраженное уменьшение зафиксировано у больных с интенсивностью болевого синдрома менее четырех баллов по ВАШ); на 5-й день полное купирование болевого синдрома произошло у 11 (55 %) больных.

При сочетании медикаментозного лечения с иглорефлексотерапией полное купирование болевой симптоматики было отмечено в течение первых трех дней у 21 (95,4 %) пациента; через пять дней болевая симптоматика сохранилась только у одного пациента.

Клинический пример. Пациент М., 38 лет, обратился в клинику с жалобами на постоянные боли в пояснице, невозможность долго сидеть, стоять, выполнять физическую нагрузку. В течение последних трех месяцев боли появились на наружной поверхности бедра до голени.

Отмечает боли по средней части ягодицы, преходящее онемение. При обследовании выявлены увеличение поясничного лордоза, болезненность при пальпации остистых отростков L₄, L₅. Гипестезия в зоне L₅ корешка слева. Снижение силы мышц левой голени до трех баллов. На рентгенограмме определяется спондилолистез L₄ позвонка; на МРТ – компрессия корешка L₅ слева вытяживанием диска L₄-L₅.

После оперативного вмешательства больному назначены диклофенак (100 мг/с), витамины (мильгамма 2,0 мл/сут), ангиопротекторы (троксевазин 600 мг/сут, трентал 400 мг/сут). На третий день после операции лечение дополнили иглорефлексотерапией (акупунктурные точки GI-4, GI-11, V-31, VB-34, V-60, VB-43, V-54, V-25, V-30, MC-6, C-3, C-6, VG-20). Процедуры проводили каждый день.

Следует отметить, что болевой синдром уменьшился после первой процедуры, после четвертого пятого сеанса зафиксировано отсутствие болей.

Данные ЭМГ пациента после лечения представлены на рис. 1, 2 и в табл. 2. Амплитудные и частотные характеристики ЭМГ m. soleus слева и справа соответствуют нормальным значениям. Асимметрия (15 %) в величине интегрированной ЭМГ является функциональной.

Показатели М-ответа и Н-рефлекса в пределах нормы. Эти данные указывают на отсутствие патологии нейромоторного аппарата мышц голени на момент исследования. Величина соотношения Н/М-ответов справа была больше, чем слева. Это предполагает возможность дополнительного облегчения мотонейронного ядра камбаловидной мышцы справа болевым фактором, формирующимся в результате дискогенного нарушения, скорее всего локализованного проксимальнее заднекорешкового ганглия.

Заключение

На основании результатов исследования доказано целесообразное использование иглорефлексотерапии в комплексной послеоперационной реабилитации у больных со спондилолистезом, осложненным корешковым синдромом.

Таблица 1

Динамика корешкового синдрома после операции

Группы больных по ВАШ	Болевой синдром, n (%)		
	1-й день	3-й день	5-й день
Медикаментозное лечение			
Сильная боль (n = 5)	–	1 (40,0)	4 (80,0)
Умеренная боль (n = 8)	1 (12,5)	2 (25,0)	5 (62,5)
Слабая боль (n = 7)	1 (14,3)	4 (71,4)	2 (28,5)
Отсутствие боли	2 (10,0)	7 (35,0)	11 (55,0)
Иглорефлексотерапия и медикаментозное лечение			
Сильная боль (n = 4)	–	3 (75,0)	1 (25,0)
Умеренная боль (n = 6)	2 (33,3)	4 (66,7)	–
Слабая боль (n = 12)	5 (41,7)	7 (58,3)	–
Отсутствие боли	7 (31,8)	14 (63,6)	–

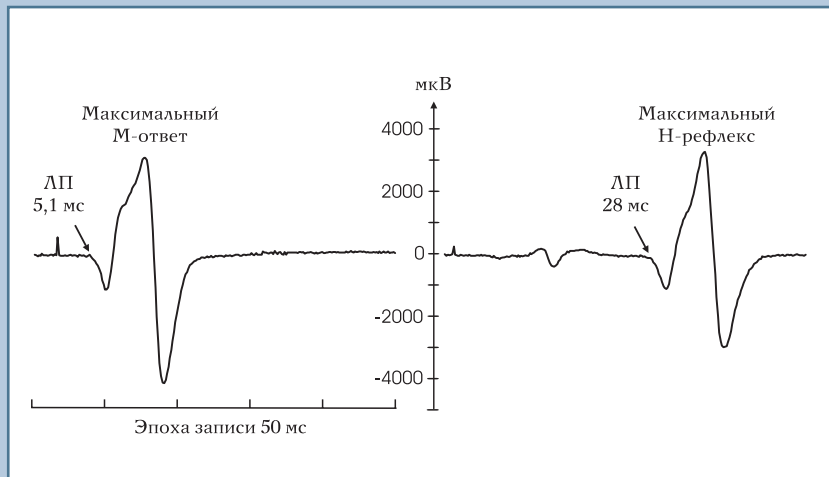


Рис. 1
Результаты электромиографии пациента М.

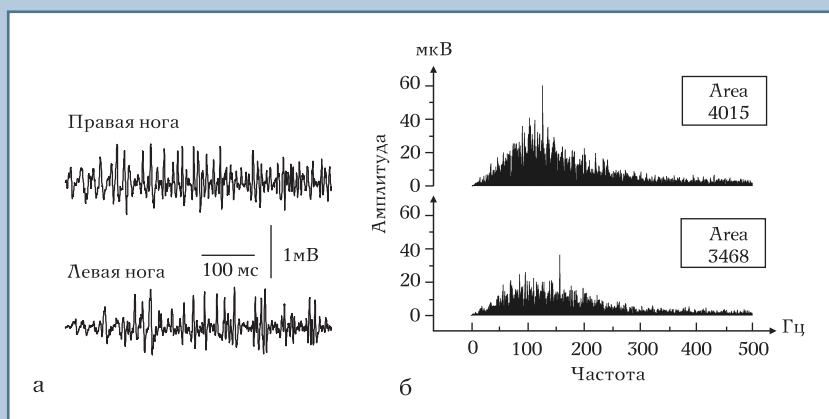


Рис. 2
ЭМГ-активность мышц пациента М. в двигательной задаче их максимального произвольного сокращения:
а – запись максимальных ЭМГ-осцилляций;
б – спектр ЭМГ-мощности и его интегрированная величина за 1 с

Таблица 2
Параметры ЭМГ вызванных потенциалов *m.soleus* при электрической стимуляции заднебольшеберцового нерва в подколенной ямке

Сторона	Латентный период, мс		Амплитуда, мВ		
	М-ответ	Н-ответ	М-ответ	Н-ответ	Н / М, %
S	4,9	28,0	8,0	3,8	48,0
D	5,1	28,0	7,8	6,2	77,5

Литература

1. **Афонин Д.Н., Немых В.В.** Дифференциальная диагностика вертеброгенной и васкулогенной перемежающейся хромоты // Новые технологии в медицине: Тез. докл. II Междунар. науч.-практ. конф. СПб, 2005. С. 18–19.
2. **Гаваа Лувсан.** Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. М., 1990.
3. **Загоруйко О.И.** Клинические, методические и организационные аспекты терапии боли: Дис. ... д-ра мед. наук М., 2002.
4. **Красноярцева Н.А., Жайдаров С.А.** Способ лечения вертеброгенных болевых синдромов // Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами: Тез. докл. Рос. науч.-практ. конф. Новосибирск, 1997. С. 126.
5. **Медведева Л.А.** Современные подходы к выбору критериев эффективности методов обезболивания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук М., 2004.
6. **Melzack R., Jeans M.E.** Acupuncture analgesia. A psychophysiological explanation // Minn. Med. 1974. Vol. 57. P. 161–166.

Адрес для переписки:
Шатрова Валентина Петровна
119992, Москва, Абрикосовский пер., 2,
РНЦХ,
rnch_spine@rambler.ru