

Опыт применения экстракорпоральной ударно-волновой терапии в лечении вертеброгенных дорсалгий в амбулаторно- поликлинической практике

Е.Е.Рыжова¹, А.В.Сысоев¹, И.Н.Жарников¹,
Т.И.Мансур², Р.В.Тедорадзе²
¹Лечебно-реабилитационный клинический
центр Министерства обороны Российской
Федерации, Москва
²РУДН, Москва

В статье приводится анализ причин и механизмов возникновения вертеброгенных дорсалгий, патогенез формирования миофасциального болевого синдрома и триггерных зон, рассматриваются основные принципы лечения вертебрального болевого синдрома, а также указывается одно из перспективных методов немедикаментозного лечения вертеброгенных дорсалгий – экстракорпоральная ударно-волновая терапия (ЭУВТ). Целью работы явилось исследование эффективности применения в амбулаторно-поликлинических условиях метода ЭУВТ при вертеброгенных дорсалгиях, сопровождающихся образованием в скелетных мышцах миофасциальных триггерных зон.

Ключевые слова: дорсалгии, миофасциальный болевой синдром, триггерные зоны, экстракорпоральная ударно-волновая терапия.

Experience of Extracorporeal Shockwave Therapy in the Treatment of Vertebrogenic Dorsalgia in Outpatient Practice

E.E.Ryzhova¹, A.V.Sysoev¹, I.N.Zharnikov¹,
T.I.Mansur², R.V.Tedoradze²
¹Medical and Rehabilitation Clinical Center
of the Ministry of Defense of the Russian
Federation, Moscow
²RUDN University, Moscow

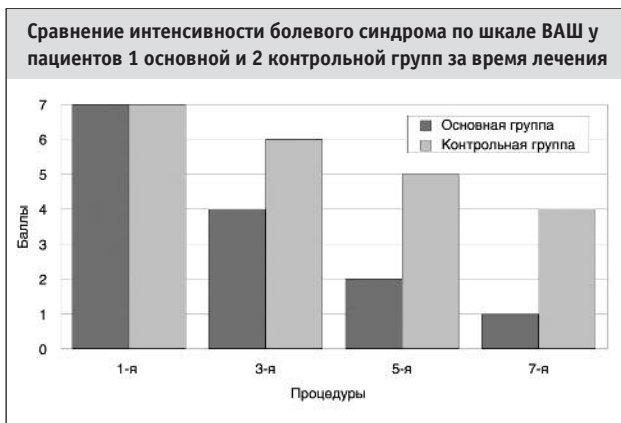
The article presents an analysis of the vertebral pain syndrome, the pathogenesis of the formation of myofascial pain syndrome and trigger zones. The basic princi-

ples of treatment of vertebral pain syndrome are considered, and an interesting non-drug method of treatment of vertebral pain syndrome – extracorporeal shockwave therapy – is described. The purpose of the research is the evaluation of the efficiency of extracorporeal shockwave therapy incorporation in outpatient treatment of patients with vertebral pain syndrome accompanied by the formation of myofascial trigger zones in skeletal muscles.

Keywords: dorsopathy, myofascial painful syndrome, trigger zones, extracorporeal shockwave therapy.

В настоящее время актуальной является проблема лечения и реабилитации больных с вертеброгенными дорсопатиями, которые имеют тенденцию к прогрессированию и часто являются причиной временной утраты трудоспособности, что придает данной проблеме социальную и экономическую значимость. В диагностике и лечении дорсопатии необходимо использовать индивидуальный подход в зависимости от этиопатогенетической причины боли в спине, формы процесса и его локализации [1, 5]. Вертеброгенные дорсалгии, по данным разных авторов, составляют от 40 до 80% всех заболеваний периферической нервной системы и являются причиной 70% случаев временной нетрудоспособности. В основной своей массе (90–95% случаев) дорсалгии являются скелетно-мышечными (миофасциальными) болями или болями, связанными с механическими причинами, которые носят неспецифический характер. На долю специфических причин, относящихся к жизнеугрожающим состояниям, приходится от 5 до 10% случаев. Миофасциальный болевой синдром – это мышечная боль, связанная с локализованной зоной изменения болевой чувствительности. В этих зонах формируются так называемые триггерные точки, которые являются пусковой кнопкой для развития патофизиологического процесса, приводящего к извращению проприоцептивной информации от спазмированной мышцы, сохранению остаточного напряжения мышцы и снижению порога возбудимости, вторичному нарушению микроциркуляции и формированию порочного круга «боль – мышечный спазм – боль». При вертеброгенных спинальных болях одной из важнейших задач является снятие болевого синдрома и купирование мышечного спазма. Лечение вертеброгенных дорсалгий включает применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), миорелаксантов, обезболивающих и раздражающих мазей, лечебные блокады и т.д. [2, 4]. Активно применяются немедикаментозные методы лечения: аппаратная физиотерапия, лечебная физкультура, мягкотканая мануальная терапия, массаж, иглорефлексотерапия и т.д. Тем не менее не всегда эти методы оказываются достаточно эффективными в купировании болевого и мышечно-тонического синдромов, в связи с чем подходы к нефармакологическому лечению дорсалгий постоянно развиваются и совершенствуются [6, 7, 10]. В последнее время одним из перспективных направлений в лечении миофасциального синдрома является применение экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ), цель которой разрыв порочного круга развития болевого синдрома, восстановление микроциркуляции и метаболизма в пораженном отделе позвоночника [3, 8, 9]. Основным лечебным фактором данного метода является высокоэнергетическая сфокусированная низкочастотная ударная волна.

Сравнительная таблица результатов лечения у пациентов основной и контрольной			
Показатель	Основная группа (n=27)	Контрольная группа (n=20)	Роль ЭУВТ
Полный регресс или снижение боли по шкале ВАШ до 1–2 балла	23(87%)	11(54%)	Повышает эффект на 33%
Временная нетрудоспособность, дней	5–7	10–12	Сокращение трудопотерь на 3–5 дней



Цель работы: оценка эффективности применения в схеме лечения вертеброгенных дорсалгий метода экстракорпоральной ударно-волновой терапии в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы

В исследование включено 47 больных, страдающих вертеброгенными спинальными болями различной локализации: торакалгия (n=21), люмбагия (n=26), обращавшихся к неврологу в период с декабря 2016 г. по декабрь 2017 г. и имеющими интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) 7–8 баллов. Средний возраст – 45,2±5,3 года, мужчин – 25, женщин – 22. Все больные были рандомизированы на две группы: основная группа (n=27), (из них n=15 – с люмбагиями и n=12 – с торакалгиями), получавшая традиционную медикаментозную терапию + процедуры ЭУВТ и контрольная группа (n=20), где наряду с фармакотерапией, применялась стандартная аппаратная физиотерапия (синусоидально-модулированные токи, электрофорез, магнитотерапия, фонофорез и др.).

Всем больным проводился общепринятый неврологический осмотр с определением объема движений в позвоночнике, выраженности мышечного дефанса, рентгенография грудного или пояснично-крестцового отделов позвоночника в 2 проекциях (в зависимости от локализации болевого синдрома), исследование клинического анализа крови, общего анализа мочи. Интенсивность боли до и после лечения оценивалась по визуально-аналоговой рейтинговой шкале оценки боли (ВАШ). При использовании визуально-аналоговой рейтинговой описательной шкалы у пациентов выявляли, испытывает ли он какую-либо боль прямо сейчас. Если боли нет, то его состояние оценивается в 0 баллов. Если наблюдались болевые ощущения, спрашивали: «что боль усилилась, это самая сильная боль, которую вы когда-либо испытывали?» Если это так, то фиксировалась самая высокая оценка от 2 до 10 баллов. Таким образом, допустимы шесть вариантов оценки боли: 0 – нет боли; 2 – слабая боль; 4 – умеренная боль; 6 – сильная боль; 8 – очень сильная боль; 10 – нестерпимая боль. Если пациент испытывал боль, которую нельзя было охарактеризовать предложенными характеристиками, например между умеренной (4 балла) и сильной болью (6 баллов), то боль оценивалась нечетным числом, которое находится между

этим значениями (5 баллов). Также учитывалась продолжительность случаев с временной утратой трудоспособности (ВУТ).

Процедуры ЭУВТ проводились с использованием аппарата DUOLITH SD1 Модель Tower (Швейцария). Это первая комбинированная система ударно-волновой терапии, разработанная для генерации радиальных волн давления (R-SW) и фокусированных ударных волн (F-SW). Процедуры начинались с режима фокусированных ударных волн (F-SW), а затем продолжались в режиме радиальных (R-SW). На каждую триггерную точку требовалось от 100 до 500 ударных волн аппликатора F-SW, далее воздействие осуществлялось радиальными волнами от аппликатора R-SW – 1500–2000 ударных волн. В среднем на курс лечения проводилось от 3 до 8 процедур с 3- или 5-дневными перерывами.

Результаты

У пациентов основной группы положительный эффект разной степени выраженности (от полного регресса боли до значительного ее уменьшения по шкале ВАШ – 1–2 балла) отмечался в 87% случаев (n=23). Больные отмечали улучшение самочувствия, уменьшение интенсивности болевого вертеброгенного синдрома, расширение двигательной активности, быстрое восстановление работоспособности (продолжительность временной нетрудоспособности составила от 5 до 7 дней). В 13% случаев (n=4) сохранялись жалобы на дискомфорт и незначительные по интенсивности боли при движении. В контрольной группе положительный результат отмечался в 54% случаев (n=11), у остальных 46% пациентов (n=9) болевой синдром имел затянувшийся характер, длительно сохранялись явления мышечно-тонического синдрома, ограничение подвижности движений в позвоночнике, продолжительность листка нетрудоспособности составила 10–12 дней.

В таблице и на рисунке представлены данные по изменению интенсивности болевого синдрома у пациентов основной и контрольной групп, а также данные по продолжительности временной нетрудоспособности у пациентов основной и контрольной групп.

Заключение

Таким образом, включение в комплекс лечения вертеброгенных дорсалгий метода ЭУВТ, проводимого при помощи аппарата DUOLITH SD1 в амбулаторно-поликлинической практике, показало высокую эффективность, позволив полностью купировать или значительно уменьшить выраженность болевого синдрома у 87% больных, часто даже после первого сеанса.

Применение данного метода также позволило снизить продолжительность временной нетрудоспособности у пациентов, а в ряде случаев и избежать ее, что доказывает его экономическую значимость.

Фокусированная ЭУВТ, являясь методом лечения вертеброгенного болевого синдрома, может рассматриваться как метод выбора в комплексных программах лечения и реабилитации в амбулаторно-поликлинической практике с высокими показателями эффективности и переносимости.

Литература

1. Ахметов Б.Х., Максимов Ю.Н., Юпатов Е.Ю. К вопросу о дифференциальной диагностике болей в нижней части спины. Практическая медицина. – 2012. – Т. 57. – № 2. – С. 139–141. / Akhmetov B.KH., Maksimov Yu.N., YUpatov E.YU. K voprosu o differentsial'noy diagnostike boley v nizhney chasti spiny. Prakticheskaya meditsina. 2012; 57: 2: 139–141. [in Russian]
2. Агасаров Л.Г. Рукин Е.М., Саморуков А.Е., Джураев Н.А., Меньшикова Ю.А. Немедикаментозные технологии в реабилитации больных с дорсопатиями. Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – № 3. – С. 131–133. / Agasarov L.G. Rukin E.M., Samorukov A.E., Dzhuraev N.A., Men'shikova Yu.A. Nemedikamentoznye tekhnologii v reabilitatsii bol'nykh s dorsopatiyami. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2013; 3: 131–133. [in Russian]
3. Агасаров Л.Г., Чигарев А.А., Шилов А.М., Зекий О.Е. Классические и традиционные методы лечебного воздействия при дорсопатиях. Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – № 1. – С. 2–49. / Agasarov L.G., Chigarev A.A., Shilov A.M., Zekiy O.E. Klassicheskie i traditsionnye metody lechebnogo vozdeystviya pri dorsopatiyakh. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2014; 1: 2–49. [in Russian]
4. Баринов А.Н. Комплексное лечение боли. РМЖ. – 2007. – Т. 15. – № 4. – С. 215–220. / Barinov A.N. Kompleksnoe lechenie boli. RMZH. 2007; 15: 4: 215–220. [in Russian]
5. Кукушкин М.Л., Решетняк В.К. Механизмы возникновения острой боли и хронических болевых синдромов. Materia Medica. – 1997. – № 15. – С. 522. / Kukushkin M.L., Reshetnyak V.K. Mekhanizmy vozniknoveniya ostroy boli i khronicheskikh bolevykh sindromov. Materia Medica. 1997; 15: 522. [in Russian]
6. Подчуфарова Е.В. Острая боль в пояснично-крестцовой области: обследование и лечение с позиций доказательной медицины. РМЖ. – 2007. – Т. 15. – № 10. – С. 845–850. / Podchufarova E.V. Ostraya bol' v poynasichno-kresttsovoy oblasti: obsledovanie i lechenie s pozitsiy dokazatel'noy meditsiny. RMZH. 2007; 15: 10: 845–850. [in Russian]
7. Рачин А.П., Анисимова С.Ю. Дорсопатии: актуальная проблема практикующего врача. РМЖ. – 2012. – № 19. – С. 964. / Rachin A.P., Anisimova S.YU. Dorsopatii: aktual'naya problema praktikuyushchego vracha. RMZH. 2012; 19: 964. [in Russian]
8. Макина С.К., Агасаров Л.Г. Оптимизация комплексной терапии больных с дорсопатией. Традиционная медицина. – 2012. – Т. 30. – № 3. – С. 13–15. / Makina S.K., Agasarov L.G. Optimizatsiya kompleksnoy terapii bol'nykh s dorsopatiyey. Traditsionnaya meditsina. 2012; 30: 3: 13–15. [in Russian]
9. Васильев А.Ю., Егорова Е.А. Экстракорпоральная ударно-волновая терапия в лечении травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата. М.: Медицина, 2005. – С. 96. / Vasil'ev A.YU., Egorova E.A. Ekstrakorporal'naya udarno-volnovaya terapiya v lechenii travm i zabolevaniy oporno-dvigatel'nogo apparata. M.: Meditsina, 2005; 96. [in Russian]
10. Аверченкова А.А., Рачин А.П. Лечение скелетно-мышечной боли: от теории к практике РМЖ. – 2017. – № 9. – С. 681–687. / Averchenkova A.A., Rachin A.P. Lechenie skeletno-myshechnoy boli: ot teorii k praktike RMZH. 2017; 9: 681–687. [in Russian]

Сведения об авторах:

Рыжова Елена Евгеньевна – заведующая неврологическим отделением ФГБУ «Лечебно-реабилитационный клинический центр» Министерства обороны РФ, Москва

Сысоев Антон Владимирович – заведующий отделением медицинской реабилитации ФГБУ «Лечебно-реабилитационный клинический центр» Министерства обороны РФ, Москва

Жарников Иван Николаевич – врач-физиотерапевт ФГБУ «Лечебно-реабилитационный клинический центр» Министерства обороны РФ, Москва

Мансур Татьяна Ивановна – к.м.н., доцент; доцент кафедры общей врачебной практики РУДН, Москва

Тедорадзе Ростом Важаевич – к.м.н., доцент; доцент кафедры общей врачебной практики РУДН, Москва

21/05/19

XV НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

Научные руководители:

Ирина Николаевна Захарова

Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующая кафедрой педиатрии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава России, главный педиатр Центрального Федерального округа РФ (2012-2017), Почетный профессор Научного центра здоровья детей Минздрава России

Исмаил Магомедович Османов

Доктор медицинских наук, профессор, главный педиатр г. Москвы, главный врач детской клинической больницы им. З.Л. Башляевой ДЗМ

Андрей Леонидович Заплатников

Доктор медицинских наук, профессор, врач-педиатр высшей категории, декан педиатрического факультета ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

09.00 – 18.00

Москва, Новый Арбат, 36
здание Правительства Москвы
Малый конференц-зал

МЕДЗНАНИЯ⁺

Москва, Большой Каретный пер., 7
+7 495 699 14 65 www.medq.ru
+7 495 699 81 84 info@medq.ru

