

СЪВРЕМЕННА ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ДИСКОВАТА БОЛЕСТ

Тодор Тодоров, Илия Тодоров, Мариана Михайлова, Евгения Владева

Катедра по физиотерапия, рехабилитация, морелечение, професионални заболявания и бедствени ситуации, Медицински университет – Варна

CONTEMPORARY PHYSIOTHERAPEUTICAL TREATMENT FOR LOW BACK PAIN

Todor Todorov, Ilija Todorov, Mariana Mihajlova, Evgenia Vladeva

Department of Thalassotherapy, physiotherapy, rehabilitation, occupational diseases and medicine of disaster situations, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Статията е насочена към съвременните методи на физикалната терапия при дисковата болест – електро- и светлолечение, топлинни процедури, пасивни кинезитерапевтични методи: масаж, мануална терапия, екстензионна терапия, медицинска гимнастика, лазертерапия и акупунктура.

Ключови думи: дискова болест, електролечение, светлолечение, кинезитерапия, акупунктура, лазертерапия

ABSTRACT

The article reveals modern aspects of physical threatment of low back pain – electro- and light therapy, thermotherapy, passive kinesitherapy – massage, manual therapy, tractions, exercises, lasertherapy, acupuncture

Keywords: low back pain, electro therapy, light therapy, kinesitherapy, acupuncture, lasertherapy

Разпространение на дисковата болест

Почти 2/3 от всички заболявания, свързани с дисковете, засягат поясния отдел на гръбначния стълб.

По данни на немски автори (1) всеки дванадесети пациент в общата практика и всеки трети в ортопедичните практики се оплаква от лумбален синдром. Мъжете страдат много повече от жените (поради функционално-механични причини, релативно по-тесен и по-къс канал на гръбначния стълб). Най-голямата честота на това заболяване се регистрира между 35 и 40-годишна възраст при мъжете и между 45 и 50 години при жените. По данни на Kraemer се отбелязва снижаване на това заболяване през пролетта. По собствени наблюдения в клиниката лумбалният синдром намалява през зимата и лятото, а се увеличава значително през пролетта и есента. По данни на Kraemer от 100 лумбо-радикулерни синдроми, 98 се лекуват консервативно, само 2% оперативно (2). Според Капе във Великобритания на 100 хиляди жители се падат 15 операции от дискови хернии, а в някои райони в западната част на САЩ на 100 хил. жители операционната намеса стига до 80 (1).

По наши данни във Варна и района приблизително всеки ден от лумбален синдром (блокажи, протрузия, радикулити и др.) страдат между 80 и 120 пациенти.

Етиопатогенеза

„Всеки човек след своята 30 годишна година показва дегенеративни промени в своите дискове” (3).

Общи причини:

Дисковете представляват брадитрофни тъкани (почти никакви кръвоносни съдове), по тях се регистрират процеси на остаряване (радиални разкъсвания). Сегментите L4/5 и L5/S1 се засягат най-често от дисковата болест, тъй като по функции и механично те са натоварени най-много.

Специфични причини:

Патогенно променяне на баланса в човешкото тяло (механични причини) и микротравми. Дисбаланс при дисколигаментарното изравняване на напрежението в резултат на:

- възпалителни причини – дори дентални центрове на нарушения
- нарушения на обмяната на веществата
- вродени аномалии – spina bifida, sacralisatio et lumbalisatio.

Тези причини водят до забавяне на оздравителните процеси и до интензифициране на болките. Хондрози на диска, спондилози и спондилартрози водят до стеноза на канала на лумбалния отдел.

Електро- и светлолечение

Интерферентни токове: 90-100 херца в акутната фаза, 8 до 14 мин. И от 0 до 100 херца след отзвучаване на острата фаза. Възможно е включването и на интерпулс програми в акутната фаза. За електростимулация в по-късните фази може да бъде включена програма от 0 до 10 херца.

Диадинамични токове: програма дифаз от 1 до 2 мин., къси периоди 3 до 5 мин. И дълги периоди 5 до 8 мин. По-добри резултати при диадинамофореза с лидокаин, прокаин, нивалин и др.

Йонофореза (галванофореза) с лидокаин, нивалин, салицилати, диклак и др. от 14 до 22 мин.

Ултразвук: 0.4-0.8 вата на кв.см. – 8 до 14 мин. От значение е тиксотропното действие на ултразвука, което обогатява хрущяла с повече течности и вода. Ултразвукът в дозировка 1.5 вата на кв.см. и повече се използва за склерозиращо действие.

Микро- и дециметрови вълни: те имат антифлогистично и обезболяващо действие в олиготермични дозировки от 40-60 вата за 8 до 12 мин.

Други токове като Träbert с честота 143 херца подобряват оросяването на мускултурата и стимулират селективно дебелите нервни влакна (тип I и II) – силно обезболяващо действие, времетраене – 15 мин. за процедура.

Високоволтови импулси: краткотрайни и тесни импулси с много високо напрежение, непредизвикващи електролиза, недразнещи имплантанти и без никакви странични действия. Аналгетично и антифлогистично действие, симпатиколитиза, тонолиза и подобро оросяване и абсорбция.

TENS (50-100 херца) или TENS – burst (1-5 херца) – 150-200 ms фаза.

Импулси от българския апарат Арфай: нови инверсни импулси, предизвикващи аналгезия чрез повишаване прага на дразнене, премахване на микродемие в периневриума. Спастичните мускули се релаксират от това въздействие.

НОВИ НАСОКИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ДИСКОВИТЕ ХЕРНИИ

Терапия с физикални фактори

Топлинни процедури:

Солукс, инфраруж, светлинни вани, псамотерапия (суха топлина).

Парафин, фанго (влажна топлина), различни видове вани (солени, радонови, сероводородни и др.). Въздействието на тези преформирани фактори е аналгетично, релаксиращо и антифлогистично.

Позиционно лечение:

Абсолютен покой на легло (Уилямсово положение) от 1 до 3 часа. Това положение превръща лумбалната лордоза в кифоза и отваря интервертебралните пространства до 3-4 мм.

Изискване и показания за перфектна мануална терапия:

Много добри теоретични и практични познания относно мануалната диагностика, както и задължително провеждане на някои от следните изследвания: компютърна томография, миелография или магнитно-ядрен резонанс.

Неболезнена позиция за отпускане на пациента преди манипулация, неболезнени преднапрежение, мануално заключване и мануален импулс.

Отстраняване на верижните блокажи в сакроилиачната става, атланта-окципиталните стави, тораколумбалния преход и др.

Много добра техника за манипулация или мобилизация при началната тракция, пир. По данни на Troisier (Франция) мануалната медицина е довела до 62% оздравяване, 25% подобрене и 13% без какъвто и да е ефект при третираните пациенти.

Други автори като Chrisman съобщава за 50% отлични резултати, а Мълчанова съобщава за изключително добро повлияване на дисковите хернии с мануална терапия при 76% от пациентите, като същата е провела мануална терапия върху 230 болни, от които подобрието при 177 пациента е верифицирано и с компютърна томография.

Рисковите при лоша и некомпетентна техника са превръщането на протрузиото в пролапс и евентуална компресия на кауда еквина.

МАСАЖ

В острата фаза масажът е противопоказан!

Класическият масаж трябва да бъде много нежен, като включва предимно поглаждане, разтриване и вибрационни техники, като трябва да бъдем много внимателни по отношение прийомите на силовото омачкване.

Подводен масаж – максимум до 1-2 атмосфери (atm). В много случаи подводният масаж може да бъде предварителната подготовка към мануалната терапия. Много важно е подводният масаж да бъде изпълнен при кифозиране на лумбалния гръбнак.

ЕКСТЕНЗИИ

Задачи на екстензионната терапия:

- Разширяване на foramen intervertebrale и междудисковото пространство. Добре проведената екстензия създава негативно

налягане в гръбначния стълб, което води до аспирация и реинтеграция на протрузирания диск.

- Екстензионната терапия довежда до разтягане на паравертебралната мускултура, както и на връзковия апарат.
- Добрата екстензия води до репозиция на някои функционални изкривявания.
- Увеличение на обема на диска, като задължително трябва да се направи предварителният тракционен тест.

Подводна екстензия:

- Подводната екстензия се извършва при температура на водата 37-38°C при стайна температура от 22-24°C и адаптация преди екстензията от 5 до 10 мин.
- Силата на тегленето трябва да бъде в зависимост от зоната от 30 кг. до 90 кг., като в лумбалния отдел тази сила варира между 50 и 90 кг.
- Времетраенето на подводната екстензия е средно 25-30 мин., но при тежки случаи може да продължи и до 60 мин.
- Постепенно освобождаване от тегленето и транспортиране до леглото на носилка или количка.
- Положение в леглото тип Уилямс за 1 до 4 часа.
- Минималният брой на процедурите е 7, като той може да варира и до 15.
- Режим на покой, задължително до 4 седмици, както при една фрактура.
- Най-добрите резултати при подводната екстензия се постигат при латерални и парамедианни дискови хернии.

Лечение чрез лазертерапия и акупунктура:

- Потискане дъгата на болката и обезболяващо действие.
- Релаксиращо въздействие.
- Рефлексогенно въздействие.

Това лечение не може да бъде основно относно дисковите хернии, а служи в комплекс и е симптоматично.

АКТИВНА КИНЕЗИТЕРАПИЯ

За всеки пациент тя трябва да бъде индивидуално назначена.

Цел на активната кинезитерапия:

- Създаване на мускулен корсет само при отслабена мускултура или мускулен дисбаланс (коремна и гръбна мускултура).
- За предотвратяване на хипотрофии при коренчева раздразна често пъти имаме лоши резултати!

Принципи за терапевтично поведение:

- Терапевтичната програма трябва да бъде независима и индивидуално направена спрямо всеки пациент и най-често тя е ко-лаборация между лекар и специалист по физикална терапия и рехабилитация, невролози и понякога неврохирурзи.
- В никакъв случай в терапевтичния план не трябва да имаме шаблони и да робуваме на определена методика.
- Преди всичко трябва да обърнем внимание на перфектната диагноза и тя трябва да предхожда каквато и да е терапия.
- Терапията на дисковите хернии започва задължително с физикална терапия в комбинация с медикаментозна. Това важи особено за острата фаза. Това е нашето обучение, това е и нашата школа.
- Медикаментозната терапия е компонент в целия терапевтичен комплекс, но в никакъв случай не трябва да се фаворизира и да има водеща роля.
- Физикалната медицина служи и за превенция, като при тази патология се препоръчват от 3 до 4 курса в годината (дори в светлите периоди, когато нямаме никаква симптоматика).

В превенцията, била тя първична или вторична, от изключително значение е и училището за гръбначен стълб. В него водещи са следните правила:

- Отпусни си гръбначния стълб и не седи дълго време.
- Тренирай своя гръбначен стълб и го поддържай стабилен.
- Кorigирай своята стойка и я поддържай в равновесие.
- Удобното седене предразполага и стимулира дисковата херния. Препоръчва се винаги т.нар. динамично седене.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мълчанова, В. Вертебрални манипулации при дискогенни синдроми на ПНС в лумбалната област на гръбначния стълб. Кандидатска дисертация. София, 1987.
2. Петров, П. Поясно-дискова болест. София, Медицина и физкултура, 1989.
3. Chrisman O, Donald A, Mittnacht G, Snook A. A study of the results following rotatory manipulation in the lumbal intervertebral disc syndrome. J Bone Joint Surg. 1964;46(A):517.
4. Kraemer J. Bandscheibenbedingte Erkrankenheiten. Stuttgart: G.thieme Verlag; 1978.
5. Schmorl G. Die gesunde und kranke Wirbelsäule in Roentgenbild und Klinik. Stuttgart; 1968.
6. Troisier O. Traitement non chirurgical des lesions des disques intervertebraux. Paris: Masson; 1962.

Адрес за кореспонденция:

д-р Илия Тодоров
Катедра по морелечение, физиотерапия и рехабилитация, професионални заболявания и бедствени ситуации,
МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов” - Варна
УМБАЛ „Св. Марина”
бул. Хр. Смирненски 1
тел.: 052 / 302-851 (вътр. 378, 381)
e-mail: ilkotodorov@gmail.com