

**Журнал «Рефлексология», 2003г., автор Новожилов В.В.
«Случай из практики»**

В настоящее время общепринятая тактика лечения больных с грыжами межпозвонковых дисков следующая. По мнению Коновалова А.Н. (2000г.), операция показана при неэффективности консервативного лечения (к которому относятся рефлексотерапия и мануальная терапия) в течение 2-3 месяцев. Но если при грыже развиваются тазовые нарушения по типу задержки, обусловленные синдромом сдавления конского хвоста или миелоишемией за счёт сдавления артерии Депрож-Гуттерона, идущей вместе с корешком L5 или S1 и участвующей в кровоснабжении спинного мозга, оперативное лечение абсолютно показано. Тем не менее, по различным причинам не всегда возможно провести операцию. Мы имеем опыт успешного консервативного лечения дискогенных тазовых нарушений.

Больная З. (53 г.) обратилась с жалобами на боль в поясничной области, боль и онемение по задней поверхности правой ноги. Также у больной имелось нарушение мочеиспускания по типу задержки: при сохранных позывах к мочеиспусканию больная испытывала затруднение с началом акта мочеиспускания, больная могла начать мочиться только после сильного напряжения мышц брюшного пресса.

Из анамнеза: Боль в поясничной области и по задней поверхности правой ноги беспокоит в течение 2 лет, полностью не прекращаясь, периодически то уменьшаясь, то усиливаясь. Больная 1 год назад обратилась в коммерческий медицинский центр, где по назначению врача в течение 1 года занималась физкультурой с целью «укрепления мышечного корсета». 11 дней назад во время выполнения физического упражнения (исходное положение: стоя на левой ноге, правая нога максимально отводится назад) внезапно боль поясничной области и по задней поверхности правой ноги значительно усилилась, появилось онемение по задней поверхности правой ноги. Врач центра рекомендовал «терпеть и продолжать делать упражнения», но больная не могла выполнить эту рекомендацию из-за того, что боль становилась нестерпимой при малейшем движении. Тогда же при первом после описанного эпизода позыве к мочеиспусканию обнаружилось затруднение. Больная принимала анальгетики, эффект не отмечался.

Объективно: Состояние удовлетворительное. В неврологическом статусе: Сознание ясное. Парез подошвенного сгибания правой стопы 3 балла. Гипестезия в зоне иннервации L5 справа, других нарушений чувствительности не выявлено. Ахиллов рефлекс снижен справа. Симптом Ласега 60° справа. Гипертрофия, повышение тонуса и болезненность при пальпации m. erector spinae на уровне поясничного отдела позвоночника с 2 сторон, D>S. Сглажен поясничный лордоз. Снижен межостистый промежуток L5-S1. Болезненность при пальпации остистых отростков L5 и S1. Скрученный таз – относительно крестца правая подвздошная кость смещена кзади, левая кпереди, оба крестцово-подвздошных сустава заблокированы. Подвижность позвоночно-двигательных сегментов L3- L4, L4- L5, L5-S1 не проверялась связи с опасностью в данной ситуации самой проверки на этих уровнях. Гипермобильность (IV степень подвижности по А. Stoddard) C3-C4, C4-C5, Th12-L1. Блокады (II степень подвижности по А. Stoddard) C0-C3, C5-Th12, L2-L3.

Диагноз: Дорсопатия пояснично-крестцового отдела позвоночника. Центральная грыжа межпозвонкового диска L5-S1. Дискогенная компрессионная радикулопатия S1 справа. Миелоишемия.

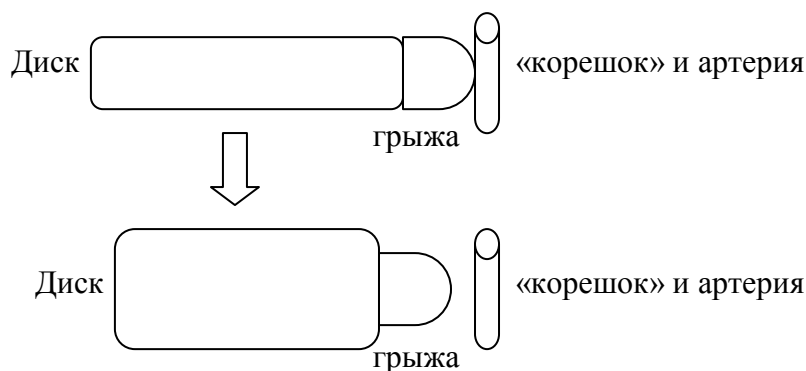
По нашему мнению, т. к. у больной при грыже межпозвонкового диска L5-S1 развилась миелоишемия за счёт сдавления грыжей не только «корешка» S1, но и артерии Депрож-Гуттерона, идущей вместе с ним и участвующей в кровоснабжении спинного мозга, абсолютно показано оперативное лечение с целью декомпрессии «корешка» и артерии.

Больной была предложена экстренная госпитализация в нейрохирургическое отделение для оперативного лечения, от чего больная категорически отказалась. Больной

была предложена госпитализация в неврологическое отделение, от которой больная также отказалась. Со слов больной, она могла лечиться только амбулаторно в связи со своей работой.

Выбор тактики лечения был обусловлен сочетанием наших представлений о патогенезе заболевания и согласия больной. На наш взгляд, существует взаимосвязь между грыжей межпозвонкового диска и мышечно-тоническим синдромом. Грыжа рефлекторно вызывает мышечно-тонический синдром, напряженные мышцы приближают позвонки друг к другу, при этом диск деформируется, уменьшается его высота и соответственно увеличиваются его поперечные размеры. Таким образом, грыжа «подталкивается» со стороны диска, что увеличивает компрессию артерии и «корешка».

Мы предположили, что при релаксации мышц за счёт упругости диска произойдёт восстановление его формы, увеличится его высота и, соответственно, уменьшатся его поперечные размеры. Таким образом, грыжа «подтянется» в сторону диска, что уменьшит компрессию артерии и «корешка». Не стоит забывать, что положительное внутридискное давление, составляющее 5-6 атмосфер, само по себе исключает возможность «вправления» грыжи межпозвонкового диска, и в подобной ситуации не следует ожидать уменьшения размеров самой грыжи.



Больной был проведён сеанс [иглорефлексотерапии](#). Использовались точки максимальной болезненности при пальпации и максимального повышения тонуса *m. erector spinae* на уровне поясничного отдела позвоночника с 2 сторон (локализация точек максимальной болезненности и максимального повышения тонуса совпала). Выбранные точки не совпадали с классическими точками акупунктуры. Во всех точках получены предусмотренные ощущения. Применён 1-й вариант тормозного метода, экспозиция игл продолжалась до максимально возможного купирования мышечно-тонического синдрома, что определялось пальпацией свободных от игл участков *m. erector spinae*, иглы были извлечены по прекращении снижения мышечного тонуса. Время экспозиции составило 3 часа. Боль уменьшилась, в остальном в неврологическом статусе без динамики.

Для дальнейшего уменьшения мышечного тонуса был применён массаж, который также продолжался до максимально возможного купирования мышечно-тонического синдрома, что определялось пальпацией *m. erector spinae*. Массаж был завершён также по прекращении снижения мышечного тонуса. Время массажа составило 2 часа. Боль уменьшилась. Отмечено полное восстановление тазовых функций сразу после окончания сеанса. В остальном в неврологическом статусе без динамики.

Клиническая картина свидетельствует о правоте наших предположений.

В дальнейшем лечение продолжалось.

Была исследована подвижность позвоночно-двигательных сегментов L3- L4, L4- L5, L5-S1 в связи с тем, что исследование перестало представлять опасность, т. к. уже не было признаков миелоишемии. Были выявлены гипермобильность (IV степень

подвижности по А. Stoddard) L5-S1 и блокады (II степень подвижности по А. Stoddard) L3-L4 и L4-L5.

Всего проведённый курс лечения, составил: иглорефлексотерапия №10, массаж №25, мануальная терапия №5 (периодичность 1 раз в неделю). Для иглорефлексотерапии применялись корпоральные и аурикулярные точки.

Аурикулярные точки: точки противозавитка соответственно проекции позвоночника, шэнь-мэнь AP55, надпочечник AP13, симпатическая точка AP51.

Принципы выбора корпоральных точек:

1. Общие точки P7, GI4, GI10, GI11, E36, RP6, VB34, использовались в каждой процедуре. Применялся II вариант тормозного метода.
2. На точки V23-34 проводилось воздействие II вариантом тормозного метода с 2 сторон.
3. Применялись сегментарные точки, расположенные в дерматомах L5-S2.
4. Сначала был полностью купирован болевой синдром. Для этого на больной стороне при воздействии на сегментарные точки применялся II вариант тормозного метода, на здоровой стороне – II вариант возбуждающего метода.
5. После купирования болевого синдрома, для устранения пареза подошвенного сгибания правой стопы на больной стороне при воздействии на сегментарные точки применялся II вариант возбуждающего метода, на здоровой стороне – II вариант тормозного метода.

По окончании курса лечения:

Жалоб нет. В неврологическом статусе: парезов, нарушений чувствительности, снижения рефлексов, тазовых нарушений нет. Восстановлена нормальная подвижность всех ПДС. Сглаженность поясничного лордоза устранена. Сохраняется снижение межкостистого промежутка L5-S1. Скрученный таз частично скорректирован – относительно крестца правая подвздошная кость остаётся смещённой кзади, но в меньшей степени, а левая приведена в нормальное положение. Подвижность в обоих крестцово-подвздошных суставах восстановлена.

Катамнез 9 месяцев – динамики не отмечается.

Вывод:

Приведённый случай из практики не поколебал нашу уверенность в том, что, если при грыже межпозвонкового диска развиваются тазовые нарушения по типу задержки, обусловленные синдромом сдавления конского хвоста или миелоишемией за счёт сдавления артерии Депрож-Гуттерона, идущей вместе с корешком L5 или S1 и участвующей в кровоснабжении спинного мозга, оперативное лечение абсолютно показано. Наша цель – показать, что даже при невозможности проведения нейрохирургической операции (отказ больного или какие-либо противопоказания) возможно успешное лечение больных с дискогенными тазовыми нарушениями.