



АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ БОЛЯМИ В СПИНЕ

Исамухаметова Ю.М.

Ташкентская медицинская академия(+998-78-1507825), info@tma.uz

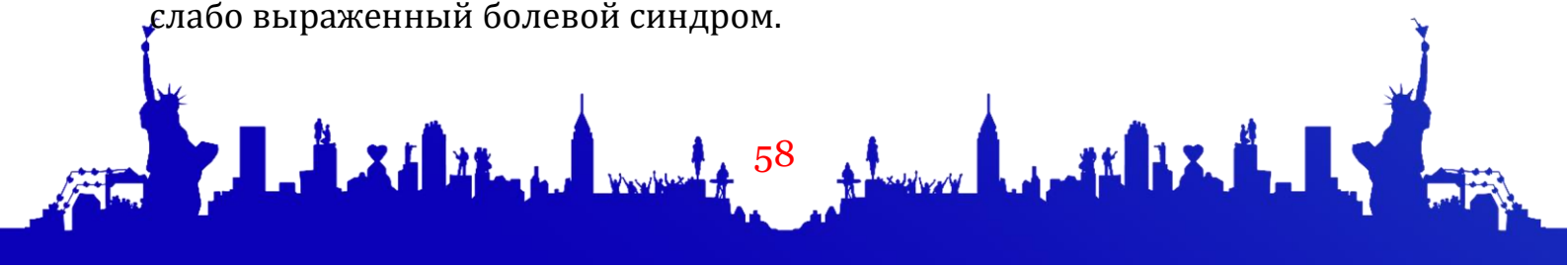
Узбекском-корейский центр восточной медицины

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10867974>

Актуальность боль в спине является самым тяжелым осложнением остеохондроза, доставляет сильную боль, при отсутствии своевременного лечения может стать причиной потери трудоспособности и даже инвалидности пациента. Но на начальных стадиях эффективно безоперационное лечение – рефлексотерапия при болях позвоночника. Дорсопатия нижних отделов задней поверхности туловища в большинстве (80,0%) случаях представлена в клинической практике как неспецифическая боль и является наиболее распространенным явлением среди обращений как непосредственно к специалистам неврологического профиля, так и ревматологов, травматологов, хирургов и терапевтов [1]. Неспецифическая боль поясницы является одной из основных причин не только инвалидности, но и существенного снижения параметров физического и психоэмоциональных параметров качества жизни и работоспособности населения [2]. В связи с этим современные тенденции в лечении неспецифической боли пояснично-крестцового региона подразумевают мультидисциплинарный подход с использованием различных методов воздействия [3,4].

Целью исследования анализ эффективности применения дифференцированных модулей акупунктуры точек (АТ) при болевых синдромах в спине.

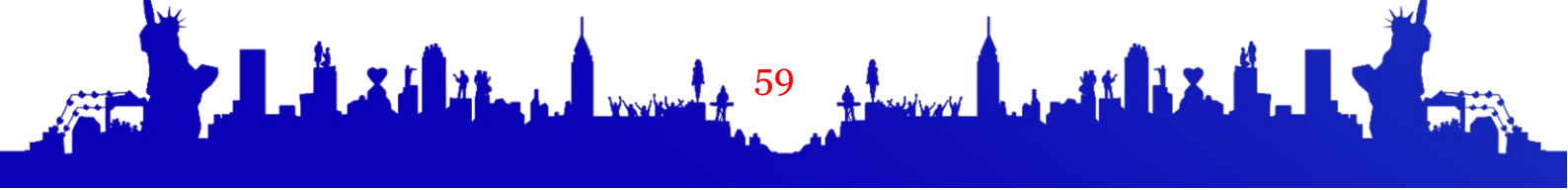
Материалы и методы: В исследовании принимали участие пациенты, которые находились на амбулаторном лечении в Центре восточной медицины в городе Ташкент и семейной поликлиники № 46 города Ташкента. Дизайн исследования представлен как нерандомизированное контролируемое исследование до и после (before and after). Диагнозы были распределены следующим образом: люмбаго болевой синдром, вертеброгенная люмбалгия, умеренно выраженный болевой синдром, дискогенная правосторонняя люмбоишиалгий с умеренно выраженными мышечно-тоническими проявлениями, дискогенная радикулоишемия, слабо выраженный болевой синдром.





Пациенты были разделены на 2 группы, первая группа пациенты в количестве 31 человек, принимающие стандартную терапию для лечения неспецифических болей в спине, во вторую группу были распределены пациенты в количестве 30 человек, которые отказались от медикаментозной терапии в пользу методов традиционной корейской медицины. В качестве оценки эффективности терапии использовались опросники интенсивности боли по шкале ВАШ, функционального состояния опорно-двигательного и нервно-мышечного аппарата, качества жизни (тест Освестри), оценка нейропатической боли (Лидская шкала оценки нейропатической боли) и психоэмоциональных нарушений (шкала Бека и Шихана), а также данные электромиографии и МРТ. На основании разработанного сетевого анализа акупунктурных точек (Soon-Но Lee, Chang-Еор Kim и др.) пациенты были распределены по выраженности болевого синдрома и был применен метод модульных комбинаций АТ.

Результаты и обсуждение: Согласно традиционной азиатской медицине, в теле человека имеется более 360 АТ. Выбор соответствующих комбинаций АТ является первым шагом в обеспечении терапевтического эффекта акупунктуры. Практики выбирают АТ на основе трех основных принципов: локальные АТ рядом с областью, где возникают симптомы, удаленные АТ вдоль меридиана и отдаленные АТ на основе дифференциации симптомов. Хотя положение АТ варьируется в зависимости от различных теорий, примерно 360 АТ связаны с 12 основными меридианами. Эти АТ можно считать узлами, а меридианы можно считать ребрами, соединяющими узлы. Мы применили разработанные модули АТ для создания дифференцированных комбинаций у пациентов с выраженным болевым синдромом. Нами была использована комбинация основных 33-х АТ. Пары локальных АТ (BL24-BL25, BL31-BL33, BL31-BL34, BL33-BL34, BL32-GB30, BL24-BL26, BL23-BL25, BL23-BL32 и GB30-BL24) и пары удаленных АТ (BL40-GB34, GB34-ST36 и BL40-BL60). Модуль А включал АТ - BL23, BL25, BL24, BL26, BL57, BL32, GV3, GV4, BL52, BL22, BL27, BL31, BL33 и BL34. Все эти АТ находятся на меридиане мочевого пузыря и управляющем сосуде, особенно в нижней части этих меридианов. Пациенты получали 10-12 процедур, в зависимости от выраженности болевого синдрома. В результате анализа интенсивности боли согласно Лидская шкала оценки нейропатической боли (LANSS) до лечения, нейропатический механизм формирования





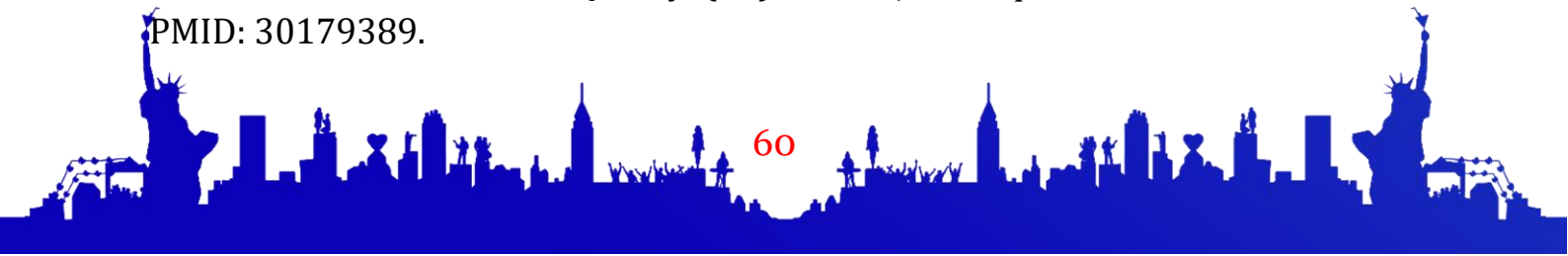
болевых ощущений маловероятен первая группа пациенты в количестве 31 человек, принимающие стандартную терапию 5% (n=6) , во вторую группу были распределены пациенты в количестве 30 человек, которые отказались от медикаментозной терапии в пользу методам традиционной корейской медицины 5% (n=6), нейропатический механизм формирования болевых ощущений вероятен первой группе 21% (n=25) , вторая группе 20% (n=24). Полученные результаты по Лидской шкале оценки нейропатической боли между 2мя группами пациентов до лечение достоверных значимых различий не наблюдалось. нейропатический механизм формирования болевых ощущений маловероятен первая группа пациенты в количестве 31 человек, принимающие стандартную терапию 23.3% (n=28), во вторую группу были распределены пациенты в количестве 30 человек, которые отказались от медикаментозной терапии в пользу методам традиционной корейской медицины 23.3% (n=28), нейропатический механизм формирования болевых ощущений вероятен первой группе 2.5% (n=3) , вторая группе 1.6% (n=2). Полученные результаты оценки нейропатической боли по Лидской шкале между 2мя группами пациентов после лечение наблюдается достоверно значимые различия В исследуемых группах отмечалась положительная динамика , наиболее лучшие показатели оказались в группе с применением дифференцированных модулей АТ.

Выводы:

Дифференцированные модульные методики выбора АТ оказывают наиболее выраженный эффект в достижении поставленных целей. Выбор комплексных методик традиционной медицины показал достоверно значимые высокие показатели в оценке эффективности лечения в нашем исследовании

Использованная литература:

1. O'Keeffe M, Maher CG, Rozbroj T, Schoene M, Buchbinder R. Lessons from The Lancet Low Back Pain Series media strategy. Lancet. 2020 Nov 14;396(10262):1560-1561. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32325-4. PMID: 33189175.
2. Skelly AC, Chou R, Dettori JR, Turner JA, Friedly JL, Rundell SD, Fu R, Brodt ED, Wasson N, Winter C, Ferguson AJR. Noninvasive Nonpharmacological Treatment for Chronic Pain: A Systematic Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018 Jun. Report No.: 18-EHC013-EF. PMID: 30179389.





3. Williams ACC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Aug 12;8(8):CD007407. doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub4. PMID: 32794606; PMCID: PMC7437545.
4. Driscoll T, Jacklyn G, Orchard J, Passmore E, Vos T, Freedman G, Lim S, Punnett L. The global burden of occupationally related low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014 Jun;73(6):975-81. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204631. Epub 2014 Mar 24. PMID: 24665117.

