

ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА «ДЭНАС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВА ПАРЕСТЕТИЧЕСКОЙ МЕРАЛГИИ БЕРНГАРТА-РОТА

А.А. Туков

Центральная Городская Клиническая Больница, г. Реутов Московской области;

Туннельные синдромы достаточно часто встречаются в практической деятельности неврологов [1]. Одним из таких синдромов является парестетическая мералгия Бернгарта-Рота. При данной патологии страдает латеральный кожный нерв бедра. Сдавливание происходит в области верхней передней ости подвздошной кости, где нерв проходит через латеральный конец пупартовой связки [2].

Причинами компрессии нерва могут быть: ожирение, асцит, ношение корсета, грыжевого бандажа, перекос таза, дорсопатия, при сахарном диабете, при объемных образованиях таза [2].

Вертеброгенная парестетическая мералгия реализуется через ряд патогенетических механизмов, включающих наличие поражения нижнегрудных или поясничных двигательных сегментов позвоночника, пояснично-грудной миофиксации с напряжением и гипоксическими изменениями в пояснично-подвздошной мышце, нейродистрофических изменений в мышечно-фасциальных структурах на пути нерва, прямого вовлечения поясничных корешков. Динамические механические воздействия на нерв в условиях нарушения двигательного стереотипа, микроциркуляторные и метаболические расстройства являются важнейшими факторами, реализующие заболевание [3].

Классически заболевание проявляется жгучей, подчас невыносимой болью [2]. Возможно более мягкое течение болезни с неприятными ощущениями жжения, чувства онемения, парастезиями на переднебоковой поверхности бедра. На фоне гиперестезии и парастезии обнаруживаются зоны гипостезии. Приступ боли усиливается при пальпации латеральной трети

паховой складки, передней верхней ости подвздошной кости, верхней трети широкой фасции бедра [3].

Основной задачей лечения является ликвидация условий микротравматизации нерва в туннеле. Пациентам рекомендуется снижение массы тела. Показаны курсы анальгетических, дегидратационных и сосудистых средств. Эффективны блокады с новокаином, гидрокортизоном, лидазой в соответствующий канал. Применяются аппликации с димексидом в сочетании с гидрокортизоном и лидазой. Используется физиотерапия, массаж, рефлексотерапия [2].

Однако проблемой лечения является торпидное течение заболевания, возобновление болей, приводящее даже к хирургическому лечению. В настоящее время в комплексном лечении болевых синдромов получил широкое распространение метод динамической электростимуляции, сочетающий в себе достаточную анальгетическую активность и отсутствие побочных эффектов [4].

Целью исследования явилось изучение клинических эффектов воздействия аппаратом «ДиаДЭНС-ДТ» при лечении рецидива парестетической мералгии Бернгарта-Рота.

Материал и методы

Больной Т., возраст 74 лет (рост 164 см, вес 74 кг) обратился с жалобой на возобновившуюся жгучую боль по переднебоковой поверхности левого бедра, площадью размером с ладонь, без какой-либо иррадиации в соседние области. Боли больше выражены в ночное время суток. Из анамнеза известно, что диагноз болезни впервые был поставлен в 2005 г. болевой синдром развивался постепенно в течение двух лет и на момент обращения по Визуально Аналоговой Шкале (ВАШ) достигал 8 баллов ночью и 4 балла днем. В течение жизни пациент переносил спортивные травмы спины и ног. На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника был выявлен остеохондроз, спондилез, артроз фасеточных суставов. При исследовании магнитно-резонансной терапией выявлена грыжа диски L4-L5. При пальпации латеральной трети

паховой складки появлялось усиление болевого синдрома по переднебоковой проекции бедра. Из-за систематических ночных болей пациент отмечает нарушение сна. На основании анамнеза жизни, заболевания, опроса, пальпации, рентгенологического обследования и магнитно - резонансной терапии был установлен диагноз – парестетическая мералгия Бернгарта – Рота.

Проводились два курса лекарственного лечения: амбене в/м в течение 3 дней, мильгамма в/м в течение 10 дней, мовалис 15 мг в течение 7 дней, сирдалуд 2 мг - 14 дней. После проведенной терапии отмечался стойкий положительный эффект (по ВАШ 1-2 балла), который сохранялся в течение двух – трех недель. После чего болевой синдром постепенно возвращался до своей изначальной интенсивности.

Третий курс лечения проводился без лекарственной терапии, только с использованием динамической электростимуляции аппаратом «ДиаДЭНС-ДТ» по болевому участку переднебоковой поверхности левого бедра и в паравертебральной зоне на уровне L4-L5. Сила тока подбиралась в комфортной области ощущений с постоянной частотой 77 Гц. Время процедуры составляло 20 минут по переднебоковой поверхности бедра и 5 минут в паравертебральной зоне. Лечение проводилось пациентом самостоятельно, в домашних условиях ежедневно, курс состоял из 14 сеансов. В течение недели пациент приходил в поликлинику, где осуществлялся периодический врачебный контроль за состоянием пациента и режимом воздействия аппаратом. Пациент отмечал хорошую переносимость данного метода лечения.

В результате проведенного лечения отмечено, что снижение болевого синдрома происходило уже во время первого сеанса электростимуляции и составляло порядка 2 баллов по ВАШ, однако эффект был нестойким. Выраженное снижение интенсивности болевого синдрома проявилось к 6-7 сеансу. Помимо болевого синдрома регрессировала и парестезия. Стойкий положительный эффект, с полным отсутствием болевого синдрома отмечался после 10-го сеанса. Ночные и дневные боли прекратились, сон восстановился.

При последующем наблюдении в течение 9 лет более в области левого бедра пациент не отмечал.

Боли у пациента возобновились в начале 2014 г. симптоматика отмечалась такая же, как и в начале заболевания в 2005 г., показатель по ВАШ составил 3 днём и 6-7 ночью. Боли вызвали нарушения сна.

Предложен курс лечения без лекарственной терапии, только с использованием динамической электростимуляции аппаратом «ДЭНАС» по болевому участку переднебоковой поверхности левого бедра. Сила тока подбиралась в комфортной области ощущений с постоянной частотой 77 Гц. Время процедуры составляло 20 минут по переднебоковой поверхности бедра. Лечение проводилось пациентом самостоятельно, в домашних условиях ежедневно.

Результаты и обсуждение

Первые 5 дней больной практически не ощущал улучшения. Поэтому было начато воздействие в течение 5 минут в паравертебральной зоне на уровне L4-L5 слева и по переднебоковой поверхности левого бедра с постоянной частотой 140 Гц.

После 10-го сеанса наметился стойкий положительный эффект, с полным отсутствием болевого синдрома. Ночные и дневные боли прекратились, сон восстановился. Возвращения симптоматики болезни в течение наблюдаемого года не отмечено.

Таким образом, результаты проведенного лечения рецидива парестетической мералгии Бернгарта-Рота позволяют подтвердить, что анальгетический эффект динамической электростимуляции аппаратом «ДЭНАС» обусловлен рефлекторной активацией эндогенной опиоидной системы мозга, приводящей к торможению ноцицептивных сигналов, поступающих в центральную нервную систему. В результате курсовой электротерапии улучшается местное кровообращение, оказывается противовоспалительное действие, активизируется образование биологически активных веществ и улучшаются обменные процессы в тканях [4, 5].

При лечении парестетической мералгии Бернгарта-Рота динамической электростимуляцией необходимо обязательно использовать две зоны - переднебоковую поверхность бедра и паравертебральную зону на уровне поражённого диска с соответствующей стороны.

Учитывая возможность самостоятельного лечения пациентами, под контролем врача при посещении поликлиники, и хорошей переносимости процедур электродинамическую рефлексотерапию можно рекомендовать для использования её как монотерапию туннельных синдромов.

Литература:

1. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология. Руководство для врачей. М. 2003. 672 с.
2. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. М. 2001. 368 с.
3. Кузнецов В.Ф. Вертеброневрология. Минск. 2004, 640 с.
4. Кукушкин М.Л., Мейзеров Е.Е. Исследование анальгетического эффекта динамической электростимуляции с частотой 10 и 77 Гц. Рефлексология. 2006. № 2. С. 19 – 22.
5. Малахов В.В., Чернышев В.В. Динамическая электростимуляция. Истоки. Понятия. Эффекты. Рефлексотерапия. 2005. №1. С. 14 – 21.