НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ

**ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО**

**СИНДРОМА**

Проблема боли на сегодняшний день остается одним из фундаментальных вопросов медицины. Болевой синдром у пациентов с последствиями заболеваний и травм верхних и нижних конечностей является одним из наиболее распространенных осложнений, которые приводят к развитию контрактур суставов, невозможности самообслуживания или даже к инвалидности. В настоящих экономических условиях вопрос своевременной диагностики, прогнозирования и лечения болевого синдрома принимает очень большое значение. Дифференциальная диагностика миофасциального болевого синдрома (МФБС) верхних и нижних конечностей – объемный и сложный вопрос, который влияет на эффективность консервативного лечения больного. Существующие клинические и лабораторные методы исследования не позволяют в полном объёме определить этиопатогенез МФБС и своевременно прогнозировать данное осложнение.

 Структура хронического болевого синдрома ни более полно отображена в классификации Ю.Ф.Каменева и соавт. среди хронических болей они выделяют:

* суставные (синовиальные)
* эндостальные (внутрикостные, венозные)
* периостальные
* лигаментозные
* миофасциальные
* фасциально-капсулярные
* нейрогенные

Одним из наиболее часто распространенных – является МФБС. Он обусловлен поражением поперечно-полосатой мускулатуры и взаимосвязанных с ним фиброзных структур. Известно, что миофасциальная боль, которая связана с определенной мышцей, имеет специфическое для этой мышцы распространение (патерн). Боль иррадиирующая от тригерных точек (ТТ) имеет несегментарный характер. Часто фактором, который активизирует ТТ становится травма.

Для ди агностики активной миофасциальной тригерной точки необходимо:

1. выяснение характера распространения болевого патерна
2. наличие ригидности или слабости заинтерисованной или поврежденной мышцы и ограничение её движений
3. наличие пальпаторного плотного тяжа с острой местной болезненностью при нажатии на уплотненные мышечные волокна
4. наличие местной сосудистой реакции, вызванной щипковой пальпацией
5. исчезновение симптомов при специальном лечении пораженных мышц(фармакопунктура, рефлексотерапия, тензопунктура)

Известны методики, которые позволяют получать достоверную диагностическую информацию о местном и общем состоянии больного при помощи исследования некоторых физических характеристик точек акопунктуры (ТА) кожи. Так. например. отклонение электрических параметров от нормы определенным АТ дают возможность думать о возможной локализации патологического процесса его причине и наблюдения за динамикой лечения. Благодаря доступности, простоте и неинвазивности исследования возможно в короткие сроки при помощи рефлексодиагностики получить обьективную информацию о состоянии большинства функциональных систем организма.

Разработаны методики выявления нарушений "энергетического" равновесия при помощи определения электрокожного сопротивления (ЭКС) стандартных ТА всех основных меридианов:

* методика J.Bratu at al.
* метод Ryodoraku
* система Nakatani
* метод R. Voll
* методика ЦИТО
* метод Шарогова
* метод Макаца
* метод Фолля
* тест Акабане

Рефлексотерапия МФБС направлена на улучшение тканевого кровообращения, миорелаксацию, а также блокирование паталогической экстеро-, проприо- и интероцептивной импульсации.

Опыт классической рефлексотерапии говорит о взаимосвязи измененных меридианов и функции внутренних органов, эмпирически связанных с ними. Древние трактаты восточной акупунктуры свидетельствуют так же о существовании взаимосвязи акупунктурных меридианов и отдельных слоёв тела организма. Современные авторы указывают на инервационные связи между ТА с соответствующими органами, системами и участками тканей, которые обеспечивают целенаправленность влияния.

Эффективность применения рефлексотерапии при лечении МФБС зависит от трех основных факторов – места, метода и места раздражения. Правильный выбор места, характера и интенсивности влияния, с учетом исходного состояния организма на момент лечения, является основным предрасполагающим фактором высоких терапевтических результатов.

Для эффективного лечения важное значение имеет правильный выбор комбинации различных методов рефлексотерапии между собой и с другими способами медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Среди способов акупунктуры для лечения болевых синдромов широко используются: копоральная иглорефлексотерапия, микроиглотерапия, цзю-терапия, фармакопунктура, сухая пунктура, точечный массаж, магнитотерапия, МРТ электропунктура.

Корпоральная иглотерапия чаще всего является базовой рефлекторной терапией. Её влияние имеет не только лечебную, но и профилактическую направленность в борьбе с болевым синдромом в раннем послеоперационном периоде.

Часто при лечении болевого синдрома верхних конечностей самостоятельно или в комплексе используется аурикулотерапия.

Одной из разновидностей класической рефлексотерапии является микроиглотерапия, которая позволяет добиваться пролонгированого аналгетического влияния путем введения в ТА специальных микроиголок и оставлять их на срок 3-4 недели.

Часто при лечении боли используют поверхностную рефлексотерапию. Различают поверхностное влияние одной иглой и массаж молоточком с пучком иголок в зоне одного дерматома или в зоне проекции меридиана.

Цзю-терапия используется чаще на местные и сегментарные ТА при преобладании дистрофических процессов.

В последнее время в нашей стране большое внимание уделяется электро пунктуре и электроакупунктуре. Электропунктурная аналгезия чаще применяется при оперативных вмешательствах. Особенно этот метод показан при заболеваниах, которые сопровождаются хроническим болевым синдромом.

В настоящий момент в медицинскую практику широко внедряется пунктурная физиотерапия, которая являет собой объединение рефлексотерапии и физиотерапии, в основе которого лежит сложный нейрогуморальный механизм. У больных ортопедо-травматологического профиля для лечения болевых и нейро-дистрофических синдромов чаще находят применение фоно-, магнито- и лазеропунтура. Наилучшие результаты от применения лазеропунктуры наблюдаются у больных с болевым синдромом, сопровождающимся сосудистыми и обменными нарушениями. К преимуществам лазеропунктуры можно отнести быстроту, безболезненность и асептичность данного метода.

Изучается клинический эффект влияния на АТ аэроионного массажа, постоянного магнитного опля, ультразвукового воздействия в безперерывном режиме, электромагнитного излучения миллиметрового диапазона, синусоиальго-модулированых и диадинамических токов.