

## ИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА



© А.В. Шабунин, 1996

*А.В. Шабунин*

### МАНУАЛЬНАЯ И ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОКЦИГОДИНИИ

Клинцовское районное территориальное медицинское объединение, Брянская область

Копчик особенно уязвим в отношении травмы, поскольку расположен наиболее поверхностно. Как острая травма, так и хроническая микротравма способствуют развитию деформирующего артроза копчиковых суставов и постоянной травматизации копчикового сплетения. Повреждения костно-хрящевой части копчика и мышечно-фиброзного окружения приводят к рубцовым изменениям в клетчатке, при этом в процесс вовлекается копчиковое сплетение и возникает длительный болевой синдром — кокцигодиния [2, 5, 6].

В доступной литературе мы не встретили работ о применении при этом синдроме мануальной терапии.

Под нашим наблюдением находились 38 пациентов с травматической кокцигодинией (36 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 18 до 55 лет. У 29 больных она явилась следствием падения на ягодицы, у 9 — прямого удара по крестцу и копчику.

Диагностика кокцигодинии, как правило, не вызывала затруднений. Больные жаловались на болевые ощущения в области крестца и копчика, которые усиливались при сидении, вставании, наклоне туловища вперед, дефекации. Боли иррадиировали в задний проход, ягодицы, по внутренней поверхности бедер. У женщин болевые ощущения усиливались в

предменструальном и менструальном периодах. У 1/3 больных над крестцом определялась зона гипералгезии, которая имела вид жировой подушки и воспринималась как отек. При ректальном обследовании по обе стороны от копчика пальпировался плотный тяж левого ануса, копчик был резко болезненным, отклонен кпереди до угла 90°, определялись напряжение и болезненность мышц и связок тазового дна.

Все больные ранее получали консервативное лечение — физиотерапевтические процедуры (диадинамические токи, электрофорез новокаина, ультразвук, парафин), суппозитории. После лечения боли незначительно уменьшались, но затем вновь усиливались. Заболевание у всех больных носило упорный, хронически-рецидивирующий характер и обострялось при статодинамических нагрузках, охлаждении, изменении погоды.

При рентгенологическом исследовании у 23 больных выявлялись поражение крестцово-копчикового диска, уменьшение его высоты, субхондральный склероз, у 6 — остеофиты, у 4 — подвывих копчика. У 5 больных патологических изменений в области копчика не обнаружено.

Всем больным был назначен курс мануальной терапии и одновременно иглорефлексотерапии. Сеансы мануальной терапии проводили ежедневно до исчезновения болевого синдрома, затем через день, сеансы иглорефлексотерапии — ежедневно.

Перед мобилизацией и манипуляцией на копчике проводили постизометрическую релакса-

цию мышц тазового дна. Поскольку методики для непосредственной релаксации этих мышц нет, использовали изометрические напряжения мышц-синергистов [1, 6]: пациент сводил ноги к средней линии, а врач руками раздвигал их в стороны. Длительность работы — 10—15 с, число повторений — от 8 до 10. Об уменьшении напряжения мышц тазового дна под влиянием релаксации свидетельствовали результаты ректального обследования. После постизометрической релаксации ягодичных мышц проводили расслабляющий массаж мышц тазового дна, затем следовала мобилизация копчика в дорсовентральном направлении с постепенным увеличением объема движений.

У всех больных после первого сеанса мануальной терапии боли значительно уменьшились, а у 9 прошли совсем, однако обезболивающий эффект сохранялся всего 2—4 ч, после чего боли возобновлялись, хотя были уже не столь интенсивны. У 9 пациентов наблюдалось тоническое напряжение мышц тазового дна в сочетании с напряжением ягодичных и грушевидных мышц. В этих случаях, помимо постизометрической релаксации ягодичных, осуществляли релаксацию грушевидных мышц.

Курс иглорефлексотерапии включал корпоральную и аурикулярную терапию (10 сеансов) [3]. Использовали точки общего действия, сегментарные и локальные, применяли второй тормозной метод воздействия. Биологически активные точки парных меридианов использовали симметрично. На первых сеансах воздействовали на точки общего действия для повышения тонуса и сопротивляемости организма: GI-11, GI-4, MC-6, RP-6, E-36, V-60, V-23, GI-13. В дальнейшем использовали следующее сочетание точек: E-45, RP-6, R-3, V-53, V-30, VG-3, RP-8, VG-4, T-1, V-33-35, VB-30. Кроме того, воздействовали на зоны и точки с максимальной болезненностью, а также на «чудесные меридианы» ЧМ-1, ЧМ-2. Из точек ушной раковины использовали шеньмень, крестец, наружные половые органы, надпочечник, вегетативная нервная система, кора головного мозга.

У всех больных применяли также поверхностную иглотерапию пучковой иглой, которая оказывает терапевтическое действие, вызывая направленные реакции разных систем организма [4]. Проводили поверхностное иглоукалывание пучковой иглой поясничного отдела позвоночника, крестца, копчика.

После трех сеансов мануальной и иглорефлексотерапии у 23 из 38 больных не только уменьшились боли, но и снизилась тревожность, раздражительность, повысилось настроение, улучшился сон. Болевой синдром был полностью купирован у 15 больных после 5-го сеанса, у остальных — после 8-го.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 22 больных. В течение года рецидивов заболевания не было. У 4 больных с подвывихом копчика после лечения он хотя и остался, но боли в этой области исчезли.

Таким образом, в этиологии травматической кокцигодии большое значение имеет спазм мышц тазового дна с вовлечением в процесс копчикового сплетения. Мануальная и иглорефлексотерапия являются в этих случаях эффективным патогенетически обоснованным способом лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Весселовский В.П. Практическая вертебродиагностика и мануальная терапия. — Рига, 1991.
2. Витюгов И.А., Котенко В.В., Степанов В.С. и др. // Ортопед. травматол. — 1981. — N 12. — С. 16-19.
3. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. — М., 1990.
4. Клименко Л.М. Руководство по поверхностному иглоукалыванию. — М., 1990.
5. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. — М., 1989.
6. Ситтель А.Б. Мануальная медицина. — М., 1993.

