
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ТОРАКАЛГИЯХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

В.С. Гойденко, И.Л. Федорова

Кафедра рефлексологии и мануальной терапии
Российская медицинская Академия последиplomного образования
ул. Поликарпова, 12, Москва, Россия, 125284

В статье представлена оценка эффективности комплексного лечения, включающего мануальную терапию и рефлексотерапию у больных с вертеброгенной торакалгией. Предложенный авторами и апробированный на практике комплексный метод лечения позволяет увеличить антиноцицептивный эффект основных механизмов регуляции болевой чувствительности.

Ключевые слова: вертебрально-кардиальный синдром, мануальная терапия, рефлексотерапия.

Боль в спине является одной из наиболее актуальных проблем медицины XXI века. Согласно статистическим данным, более 50% взрослого населения от 20 лет и старше страдают от периодически повторяющихся болей в спине, т.е. в период наиболее активной трудовой деятельности человека, и они выступают в качестве одной из наиболее частых причин потери трудоспособности [5]. В связи с этим своевременность профилактики, диагностики и лечения неврологических проявлений данной патологии является важнейшей проблемой современного здравоохранения.

В настоящее время достигнуты определенные успехи в проведении лечения больных с вертеброгенной патологией. Однако терапевтические методы общепринятой фармакотерапии не всегда бывают достаточно эффективны, так как резистентность болевого синдрома к проведенной терапии на практике встречается достаточно часто. Они также вызывают побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта, приводят к поражению почек и т.п. В связи с этим большое значение придается разработке и проведению не медикаментозной терапии, направленной на повышение резервных возможностей организма, улучшение микроциркуляции в тканях, мобилизацию защитных сил, восстановление нормальной подвижности в позвоночно-двигательных сегментах, обеспечение устойчивости достигнутых эффектов, отсутствие аллергических реакций.

Диагностика всех клинических форм вертеброневрологической патологии осуществлялась согласно Международной классификации болезней десятого пересмотра с использованием рекомендаций отечественных авторов.

Болевой синдром при различных клинических проявлениях остеохондроза позвоночника является главным критерием при определении тяжести состояния пациента, выборе лечебных мероприятий и проведении экспертной оценки и трудового прогноза (Белова А.Н., 1997). Боли в спине, суставах и другие боли являются также одной из причин развития бессонницы. Эти сведения были опубликованы в обзоре «Survey on Sleeplessness, Pain and the Workplace» (1997 г.), где данной проблеме уделялось большое внимание [7].

Задачей исследований, приведенных в настоящей работе, была оценка эффективности мануальной терапии и рефлексотерапии в комплексном лечении больных с вертеброгенными торакалгиями на основе общепринятой методики.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 134 человек (в том числе 81 женщины (60,4%) и 53 мужчин (39,6%)) в возрасте от 19 до 75 лет.

Диагноз пациентов устанавливался на основании: жалоб больного, анамнеза заболевания, клинического, неврологического обследований, подтвержденных данными лабораторного, рентгенологического, ядерно-магнитно-резонансного исследований, электрокардиографии [5, 6], с использованием комбинированной визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШБ) [1, 4], анкета балльной оценки субъективных характеристик сна (АБОСХС) [7].

Ведущим симптомом заболевания у всех больных являлась боль в грудном отделе позвоночника. При субъективной характеристике пациентами боль определялась по таким критериям, как: «ноющая», «колющая», «сжимающая», «жгучая», с ощущением чувства тяжести, хруста, боль в межлопаточной области, в грудном отделе позвоночника без иррадиации и с иррадиацией в левую руку, левую лопатку, на всю левую половину грудной клетки, с иррадиацией в правую руку, боли при кашле, с ощущением скованности всей грудной клетки, утомляемости в грудном отделе позвоночника, носящая умеренно выраженный или выраженный характер. Длительность болевого синдрома рассматривалась от незначительной до продолжительной (увеличивалась при кашле, резких движениях), не прекращалась иногда в покое. У половины пациентов этой группы из-за стойких болей наблюдались психофункциональные расстройства в виде: нарушения сна, раздражительности, изменения трудоспособности.

Вследствие проведенного исследования было выявлено, что торакалгии вертеброгенного генеза отличаются многообразием характера болей, и, как правило, постоянной их локализацией, с которой связана определенная иррадиация болевых ощущений и болезненность при пальпации мягких тканей грудной клетки.

Были выделены следующие варианты синдрома вертеброгенной торакалгии с вегетативно-висцеральными проявлениями для увеличения эффективности комплексного лечения:

- 1) торакалгия, обусловленная нарушением шейно-грудного перехода (С6, С7—Th1, Th2);
- 2) торакалгия, связанная с нарушением грудного отдела (Th4—Th5);
- 3) торакалгия, связанная с нарушением реберно-поперечных суставов (Th3—Th6) слева, лопаточно-реберный синдром;
- 4) торакалгия, связанная с синдромом передней грудной стенки.

Все пролеченные в процессе работы пациенты как основной, так и контрольной групп получали лечение, рекомендуемое при неврологических проявлениях вертеброгенных торакалгий в соответствии с Московскими городскими медико-экономическими стандартами. На фоне общепринятого подхода применялся разработанный нами комплексный метод лечения, включающий не медикаментозную терапию: мануальную терапию и рефлексотерапию.

При формировании индивидуальных комплексов учитывались сочетанное воздействие на основное звено патогенеза и ведущие патофизиологические процессы, неврологические синдромы, базирующиеся на медицинской, профессиональной и социальной реабилитациях, психологической коррекции, дифференциации воздействий в зависимости от индивидуальных особенностей каждого пациента [2, 5].

Из общего числа обследованных и пролеченных больных с вертеброгенными торакалгиями практически у половины пациентов (64 человека или 48%) был установлен диагноз: вертебрально-кардиальный синдром, что обусловило выделение больных с этим заболеванием в отдельную группу для определения эффективности применения предложенного метода при данной форме торакалгий. В связи с этим базовую группу *синдромокомплекса* (с торакалгиями, синдромом передней грудной стенки, лопаточно-реберным синдромом и др.) составили оставшиеся 70 пациентов (52%).

В комплексном лечении обследуемые базовой группы с *синдромокомплексом* были разделены на 2 подгруппы: из них 38 пациентов составили основную группу (группу ОГ-1) в возрасте от 19 до 70 лет и им проводили медикаментозное лечение с использованием мануальной терапии (биодинамической коррекции) и рефлексотерапии, а 32 пациента — контрольную группу (КГ-1) в возрасте от 24 до 72 лет и им проводилась общепринятая медикаментозная терапия (витамины, нестероидные противовоспалительные, анальгетики, спазмолитики, хондропротекторы, антиконвульсанты, антидепрессанты, миорелаксанты).

Длительность наблюдения за пациентами составляла максимум 21 день от начала лечения. В процессе исследований выявлено, что продолжительность текущего обострения до 3 месяцев наблюдалась — у 22 (57,9%) больных, от 3 до 6 месяцев — у 9 (23,7%) больных, свыше 6 месяцев — у 7 (18,4%) больных.

Больные с вертебрально-кардиальным синдромом также были разделены на 2 группы: из них 34 пациента составили основную группу ОГ-2 в возрасте от 25 до 74 лет и им проводили медикаментозное лечение с использованием мануальной терапии (биодинамической коррекции) и рефлексотерапии, а 30 пациентов — контрольную группу (КГ-2) — в возрасте от 29 до 75 лет и им проводилась общепринятая медикаментозная терапия (витамины, нестероидные противовоспалительные, анальгетики, спазмолитики, хондропротекторы, антиконвульсанты, антидепрессанты, миорелаксанты).

Длительность наблюдений за пациентами также составляла максимально 21 день от начала курса лечения.

Длительность текущего обострения наблюдалась до 3 месяцев — у 19 (55,9%) больных, от 3 до 6 месяцев — у 9 (26,5%) больных, свыше 6 месяцев — у 6 (17,6%) больных.

Алгоритм применяемой методики лечебных воздействий состоял в том, что рефлексотерапию в основной группе больным проводили в течение 10 сеансов, после периода купирования острой боли, перед сеансами мануальной терапии, используя методы корпоральной иглотерапии (по II варианту тормозного метода) с последующим введением в эти точки микроигл и оставлением их на 24 часа

и более до уменьшения острого болевого синдрома, аурикулоиглотерапии [3]. При наличии мышечного гипертонуса применяли поверхностную иглотерапию игольчатым валиком, точечный, вакуумный массаж [2, 6]. Мануальная терапия (биодинамическая коррекция) проводилась 2 раза в неделю, курс лечения состоял из 2 недель [2].

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием пакета статистических программ Statistica 6.0.

Результаты. *Альгологическое тестирование* проводили всем больным. При этом оценивали характер болевого синдрома, изучали его количественные и качественные показатели. По характеру болевого синдрома у 43 (61,4%) пациентов определили тянущие, ноющие боли; у 12 (17,1%) — острые, стреляющие и у 15 (21,4%) — жгучие боли.

У пациентов с синдромокомплексом в ОГ-1 (основная группа) и КГ-1 (контрольная группа) боль была в пределах от 5 до 10 баллов (среднегрупповой показатель боли составил $8,7 \pm 2,1$ и $8,4 \pm 1,7$ баллов соответственно).

Интенсивность болевого синдрома достоверно снизилась после лечения в обеих группах и стала в пределах от 0 ... 5 баллов, составив в среднем $2,4 \pm 0,7$ в ОГ-1 и $4,3 \pm 1,2$ в КГ-1.

Таблица 1

Результаты изменения средних значений ВАШБ у больных с синдромо-комплексом в процессе лечения ($M \pm m$)

| Наименование группы | Кол-во больных в группе | Дни исследований | | | |
|---------------------|-------------------------|------------------|---------------|---------------|-------------------|
| | | начало лечения | 5-й день | 10-й день | окончание лечения |
| Основная — ОГ-1 | 38 | $8,8 \pm 2,1$ | $6,8 \pm 1,3$ | $3,8 \pm 1,4$ | $2,4 \pm 0,7$ |
| Контрольная — КГ-1 | 32 | $8,4 \pm 1,7$ | $7,8 \pm 1,6$ | $5,1 \pm 1,4$ | $4,3 \pm 1,2$ |

Примечание: * — достоверное отличие от начальных значений ($p < 0,05$)

Таким образом, у всех больных с синдромокомплексом как в основной, так и в контрольной группах при поступлении отмечался высокий уровень интенсивности боли по данным ВАШБ. В основной группе анальгетический эффект наблюдался с первых дней лечения.

Анализ оценки характеристики сна. Расстройства сна по АБОСХС были в пределах от 11 до 18 баллов в ОГ-1 и от 10 до 19 баллов в КГ-1 (среднегрупповой показатель составил $13,6 \pm 2,1$ и $12,4 \pm 3,3$ баллов соответственно).

Расстройства сна стали в пределах от 13 до 28 баллов (в среднем $23,4 \pm 4,8$) в ОГ-1 и от 13 до 22 баллов (в среднем $16,9 \pm 4,3$) в КГ-1.

Таблица 2

Динамика средних значений инсомнических расстройств у больных с синдромокомплексом в процессе лечения

| Наименование группы | Кол-во больных в группе | Дни исследований | |
|---------------------|-------------------------|------------------|-------------------|
| | | начало лечение | окончание лечение |
| Основная — ОГ-1 | 38 | 12 | 26 |
| Контрольная — КГ-1 | 32 | 11 | 21 |

Примечание: * — достоверное отличие от начальных значений ($p < 0,05$).

Важно отметить, что при наблюдениях было выявлено, что в основной группе инсомнический эффект наблюдался с первых дней проводимого лечения.

Оценку динамики вертебрально-кардиального синдрома проводили в процессе комплексного лечения с использованием мануальной терапии и рефлексотерапии при поступлении, на 5-й, 10-й дни и по окончании проводимой терапии. В ОГ-2 (основная группа) и КГ-2 (контрольная группа) боль была в пределах от 4 до 9 баллов (среднегрупповой показатель боли составил $8,6 \pm 2,2$ и $8,5 \pm 1,9$ баллов соответственно).

Интенсивность болевого синдрома достоверно снизилась после лечения в обеих группах и стала в пределах от 0 ... 4 баллов, составив в среднем $2,2 \pm 1,0$ в ОГ-2 и $4,2 \pm 1,1$ в КГ-2.

Таблица 3

Динамика средних значений ВАШБ у больных с вертебрально-кардиальным синдромом в процессе лечения (M ± m)

| Наименование группы | Кол-во больных в группе | Дни исследований | | | |
|---------------------|-------------------------|------------------|---------------|---------------|-------------------|
| | | начало лечения | 5-й день | 10-й день | окончание лечения |
| Основная — ОГ-2 | 34 | $8,6 \pm 2,2$ | $6,3 \pm 1,9$ | $3,6 \pm 1,3$ | $2,2 \pm 1,0$ |
| Контрольная — КГ-2 | 30 | $8,5 \pm 1,9$ | $7,7 \pm 1,7$ | $4,9 \pm 1,3$ | $4,2 \pm 1,1$ |

Примечание: * — достоверное отличие от начальных значений ($p < 0,05$).

Расстройства сна по АБОСХС были в пределах от 10 до 19 баллов в ОГ-2 и от 11 до 19 баллов в КГ-2 (среднегрупповой показатель составил $12,8 \pm 2,4$ и $11,6 \pm 3,5$ баллов соответственно).

Расстройства сна стали в пределах от 15 до 28 баллов (в среднем $25,6 \pm 4,6$) в ОГ-2 и от 15 до 24 баллов (в среднем $16,3 \pm 4,6$) в КГ-2.

Таблица 4

Динамика средних значений характеристики сна у больных с вертебрально-кардиальным синдромом в процессе лечения

| Наименование группы | Кол-во больных в группе | Дни исследований | |
|---------------------|-------------------------|------------------|-------------------|
| | | начало лечения | окончание лечения |
| Основная — ОГ-2 | 34 | 13 | 24 |
| Контрольная — КГ-2 | 30 | 12 | 20 |

Примечание: * — достоверное отличие от начальных значений ($p < 0,05$).

Длительность стационарного лечения в ОГ составила от 11 до 14 дней, а в КГ — от 14 до 17 дней. Следовательно, в основной группе продолжительность лечения уменьшилась на 4 ... 5 дней, или более чем на 30%.

Заключение. В результате применения комплексного метода лечения с использованием мануальной терапии (биодинамической коррекции) и рефлексотерапии было отмечено значительное улучшение состояния пациентов: в короткие сроки купировался болевой синдром, по окончании проведенного лечебного курса у пациентов увеличился объем физических нагрузок, восстановился сон, улучшился психоэмоциональный фон. Средняя продолжительность стационарного лечения у пациентов основных групп была меньше в сравнении с контрольными группами, что позволило значительно ускорить восстановление трудоспособности пациентов и сократить экономические затраты во время проводимого в соответствии с разработанной методикой курса лечения.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Беловой А.Н., Щепетовой О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. — М.: Антидор, 2002. — С. 267.
- [2] Гойденко В.С., Загорская Н.А. Биодинамическая коррекция остеохондроза позвоночного столба и миофасциальных болевых синдромов. — М.: РМАПО, 1998. — 71 с.
- [3] Калужный Л.В. Физиологические механизмы регуляции болевой чувствительности. — М.: Медицина, 1984. — 196 с.
- [4] Мартынов Ю.С. Практикум по неврологии. — М.: Знание-М, 2000. — С. 56—57.
- [5] Попелянский А.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — С. 327—337.
- [6] Федорова И.Л. Организация комплексного лечения больных с вертеброгенными торакалгиями // Сборник научных трудов. — М., 2009. — С. 124—131.
- [7] National Sleep Foundation. 1997 Survey on Sleeplessness, Pain and the Workplace. Washington, DC: National Sleep Foundation; 2000.

THE COMPLEX TREATMENTS EFFICIENCY OF THE PATIENTS WITH VERTEBROGENNOY THORACALGY

V.S. Goidenko, I.L. Fedorova

Reflexology and manual therapy Department
Russian Medical Academy Postgraduate Education
Polycarpova str., 12, Moscow, Russia, 125284

In article the estimation of the complex treatments efficiency including manual therapy and reflexotherapy of the patients with vertebrogenoy thoracalgy. This is allows to increase antinociceptive effect of the basic mechanisms regulation nociceptive of sensitivity.

Key words: vertebrogenoy thoracalgy, manual therapy, reflexotherapy.