

Таким образом, у больных генерализованной миастенией АТРАХ определяли в 64%. АТРАХ отсутствовали в период ремиссии и при легкой форме болезни. Выявлена прямая корреляционная связь между уровнем АТРАХ и степенью тяжести миастении, длительностью заболевания, хотя эта закономерность соблюдалась не во всех случаях.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И БИОДИНАМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

В.С. Гойденко, В.Н. Тян

Кафедра рефлексологии и мануальной терапии РМАПО, Москва

Согласно статистическим данным, на долю неврологических синдромов, обусловленных выпадением (выпячиванием) межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника приходится 60-86% всех заболеваний периферической нервной системы (1).

Пациенты с грыжами межпозвонковых дисков (МПД) относятся к категориям больных с тяжелой вертеброгенной патологией и требуют длительного лечения с использованием широкого спектра терапевтических мероприятий.

Целью нашей работы являлось сравнение эффективности комплексного лечения, включающего рефлексотерапию (РФ) и биодинамическую коррекцию (БК) с традиционной консервативной терапией у больных с неврологическими синдромами, обусловленными грыжами МПД пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Нами проведено обследование и лечение 185 больных (84 женщины и 101 мужчины) с грыжами МПД пояснично-крестцовой локализации в 44, 9, 10 неврологических отделениях ГКБ имени С.П. Боткина. Возраст больных варьировал от 18 до 77 лет.

Диагнозы устанавливали на основании анамнеза заболевания, клинико-неврологического и мануального обследований, подтвержденных данными рентгенспондилографии, КТ – исследования и МР – томографии. Для динамического наблюдения за больными использовали методы клинического неврологического, мануального обследований и реовазографию нижних конечностей. Оценка динамики болевого синдрома проводили по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШБ) (Кузьменко В.В. с соавт., 1986) и комплексному болевому опроснику (КБО) – The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), разработанному Kerns D., Turk C., Rudy E. в 1985 году. Авторами была установлена высокая степень корреляции шкал КБО с наиболее известными и используемыми шкалами оценки боли, депрессии, тревоги и семейных взаимоотношений. Использование шкал КБО позволяло оценить влияние боли на жизненную активность, самоконтроль, психоэмоциональное состояние и взаимоотношения в семье у больных с грыжами МПД поясничной локализации в начале, в процессе и в конце лечения. Альгологическое тестирование проводили на момент поступления, 7, 14 и 21 дни и в конце лечения.

У 135 (72,9%) больных нами отмечено наличие тревожной и депрессивной симптоматики. Для определения степени выраженности этих расстройств использовали опросник А. Бека (Beck Depression Inventory, BDI, 1979).

По результатам клинико-неврологического обследования у 79 (42,7%) больных определили рефлекторные синдромы, причем у 6 (8,5%) пациентов наблюдали люмбалгию. Мышечно-тонические проявления были ведущими в клинике люмбоишиалгии у 46 (65,7%) больных этой категории. Вегето-сосудистые проявления преобладали в клинике люмбоишиалгии у 12 (17,1%), а нейроdistрофические проявления – у 6 (8,5%) больных.

Корешковые синдромы наблюдались нами у 106 (57,2%) пациентов, причем монорадикулярные синдромы мы определили у 64 (55,6%), бирадикулярные – у 31 (26,9%) и полирадикулярные – у 20 (17,3%) больных с грыжами МПД поясничной локализации.

В ответ на раздражение или компрессию спинальных структур у больных с грыжами межпозвонковых дисков возникает афферентная импульсация в ноцицептивных структурах головного мозга (гипоталамическая область, ретикулярная формация, кора головного мозга), которая воспринимается пациентом в виде боли и приводит к образованию патологической функциональной системы, включающей детерминанту с входящим в нее генератором патологически усиленного возбуждения, центральных промежуточных и центральных эфферентных звеньев (2), а также сопровождается формированием патологически измененного двигательного стереотипа (3), цель которого функционирование без явлений дискомфорта, а такое возможно лишь при блокировании пораженного ПДС (4).

Клинический полиморфизм неврологических синдромов при грыжах МПД определяется не только количеством вовлеченных в патологический процесс нервных корешков, но и степенью формирующегося сегментарного стеноза на уровне грыжи МПД при срединном, задне-боковом выпадении и стеноза межпозвонкового отверстия при боковых грыжах (5) В свою очередь, степень сегментарного стеноза и степень стеноза межпозвонкового отверстия зависят от величины грыжевого выпячивания, врожденных размеров позвоночного кана-

ла и межпозвонкового отверстия, наличия гипертрофии связочных структур позвоночного канала, спондилолистеза, реактивного воспалительного процесса в области грыжевого выпячивания, а также приспособительных возможностей нервных стволов к возникающим костно-хрящевым деформациям.

Анализ результатов мануального обследования и данных структурных и функциональных рентгенограмм пояснично-крестцового отдела позвоночника показал, что простые и комбинированные смещения позвонков имели 171 (92,4%) больных. У всех пациентов нами определены органические и функциональные блоки, ограничение активных и пассивных движений в поясничном отделе позвоночника. По классификации И.Л. Тагер и И.С. Мазо (1979) антелистез определили у 84 (45,4%), ретролистез – у 25 (13,5%), латеролистез у 32 (17,2%), комбинированные и лестничные смещения у 34 (18,3%) больных. Нестабильность отдельных позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) наблюдалась нами у 38 (54,2%) больных с рефлекторными и у 92 (80%) больных с корешковыми синдромами. Для иммобилизации пояснично-крестцового отдела позвоночника, при явлениях нестабильности, назначали ношение пояса-корсета полужесткого типа. У всех больных был патологически изменен двигательный стереотип.

Данные КТ и МРТ исследований показали следующую локализацию грыж по уровням: 32% - грыжи диска L4-L5, 36,2% - L5-S1, 22,5% - L4-L5, L5-S1, 2,5% - грыжи верхнепоясничного уровня, 6,3% - грыжи, локализующиеся на нескольких уровнях. По виду грыж распределение было таким: 4,8% - боковые, 32,9% - заднебоковые, 40% - парамедианные, 23,3% - срединные. Малые экструзии (до 3 мм) были определены у 58 (31,3%) больных, средние экструзии (от 3 до 5 мм) – у 68 (36,7%), а большие экструзии (более 5 мм) – у 58 (31,3%) пациентов. Причем у больных с рефлекторными синдромами мы наблюдали, в основном, грыжи МПД малого и среднего размера, а у пациентов с корешковыми синдромами – грыжи среднего и больших размеров. Гипертрофия задней продольной связки определена у 48,1% больных. Сужение позвоночного канала наблюдали у 19 (10,2%), а сужение межпозвонкового отверстия на уровне грыжи МПД - у 51 (27,5%) больного рассматриваемой патологии.

При реовазографии нижних конечностей снижение пульсового кровенаполнения и нарушение венозного оттока было более выраженным на больной стороне. Кроме того, в сосудах обеих нижних конечностей у подавляющего большинства больных (97,2%) отмечены вазоспастические явления.

В зависимости от вида применяемого лечения все больные были разделены на 2 группы: основную группу составили 106 больных, получавших комплексное лечение (медикаментозную терапию, рефлексотерапию и биодинамическую коррекцию), контрольную группу составили 79 пациентов, получавших традиционное консервативное лечение (медикаментозную терапию, физиолечение, тракционную терапию).

В комплексном лечении больных основной группы нами использовалась РФ (корпоральная и аурикулярная иглотерапия, микроиглотерапия, поверхностная иглотерапия, цветоимпульсная терапия аппаратом "АСИР", электрорефлексотерапия импульсным током при помощи аппарата "Пролог", сегментарный, точечный, вакуумный массаж).

Существует общая система болевой чувствительности, которая включает ноцицептивную и антиноцицептивную системы и является выражением саногенетического принципа антагонистической регуляции функций (2). Регулирующая деятельность антиноцицептивной системы осуществляется различными специализированными нейрофизиологическими и нейрохимическими механизмами. Основными и наиболее изученными механизмами антиноцицептивной системы являются: опиоидный, серотонинергический и адренергический (6,8). Использование РФ позволяет безмедикаментозно воздействовать на основные механизмы антиноцицептивной системы, значительно повышая порог болевой чувствительности, что приводит к снижению интенсивности болевого синдрома.

Вопрос об использовании мануальной терапии в лечении больных с грыжами МПД один из наиболее дискутируемых в современной вертеброневрологии. Несмотря на положительный опыт применения мануальной терапии в лечении больных этой категории нередко случаи осложнений, вызванных неверной тактикой лечения, неадекватными состоянием больного мануальными воздействиями, грубой манипуляционной техникой, недостаточной подготовкой больного к манипуляциям. Поэтому, для стабилизации имеющихся смещений и предупреждения дальнейших осложнений в лечении наблюдаемых нами больных использовалась БК – мягкая техника мануальной терапии, оказывающая непосредственное действие на патологически измененный ПДС и мышечный аппарат и выполняемая в режиме биодинамических возможностей ПДС (7). БК предусматривает обязательное соблюдение абсолютных и относительных показаний к проведению манипуляций на позвоночнике, тщательную подготовку больного к манипуляциям и соблюдение ряда принципов выполнения диагностических и лечебных приемов. В основе БК лежат классические приемы мануальной терапии достаточно полно описанные Lewit K. (1993).

В механизме лечебного действия биодинамической коррекции лежит устранение функционального блокирования ПДС, восстановление движения интерverteбральных суставов, вследствие чего ускоряется венозный отток и процессы удаления продуктов обмена из тел позвонков и межпозвонковых дисков, улучшается микроциркуляция, уменьшается отек в патологическом очаге (4, 9). Кроме того, приемы БК способствуют снижению патологического давления грыжевого выпячивания на окружающие его ткани (4, 7). Все это приводит к уменьшению рефлекторных мышечно-тонических, нейроваскулярных и нейродистрофических реакций, а в случае корешковых поражений к уменьшению компрессии, натяжения, дислокации и отека корешков и питающих их

сосудов.

Всем больным основной группы проводился 3-х недельный курс РФ и БК на фоне медикаментозного лечения (анальгетики, нестероидные противовоспалительные, противоотечные средства, вазоактивные средства, витамины группы В). Сеансы корпоральной и аурикулярной иглотерапии проводили в течение 10-12 процедур, а затем переходили на микроиглотерапию, цветоимпульсную терапию аппаратом "АСИР" проводили ежедневно или через день на курс до 8-10 процедур, электрорефлексотерапию аппаратом "Пролог" – ежедневно или через день на курс до 10-12 процедур. БК проводилась 4-5 раз в неделю, поверхностная иглотерапия, точечный, сегментарный, вакуумный массаж – ежедневно. По окончании курса комплексного лечения всем больным рекомендовалась индивидуальная программа физических лечебных упражнений, больные обучались приемам аутомобилизации поясничного отдела позвоночника, разъяснялась необходимость и способы дальнейшей профилактики имеющегося заболевания.

В наших наблюдениях обратная динамика рефлекторных синдромов была положительной во всех случаях. Среднее значение интенсивности болевого синдрома у больных этой категории достоверно уменьшилось ($p < 0,01$) к концу лечения по шкале ВАШБ на 90,7% в основной группе и на 71,7% в контрольной группе. Выраженная положительная динамика неврологических симптомов отмечена у 94,8% больных, в то время как в контрольной группе у 61,2% больных.

Трудоспособность восстановилась у всех больных этой категории.

В процессе комплексного лечения обратная динамика корешковых синдромов характеризовалась восстановлением рефлексов, чувствительности, силы, тонуса мышц, увеличением объема активных и пассивных движений поясничного отдела позвоночника и наблюдалась к концу лечения у 86,5% больных основной группы и у 60,4% больных контрольной группы. Среднее значение интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШБ достоверно уменьшилось ($p < 0,01$) к концу лечения на 79,3% в основной группе больных на 59,9% в контрольной группе. Трудоспособность восстановилась полностью у 84%, частично – у 16% больных.

К концу лечения значительно уменьшилась степень выраженности депрессивных расстройств (у 51,8% пациентов основной группы и у 32,9% больных контрольной группы).

Результаты тестирования по шкале КБО указали на достоверное снижение ($p < 0,01$) средних показателей по шкалам влияния боли на жизненную активность, отрицательного влияния боли на настроение и повышение средних показателей по шкале самоконтроля в обеих группах при регрессе болевого синдрома.

Следует отметить, что результаты реовазографических исследований указывали на достоверное повышение пульсового кровенаполнения пораженной конечности, улучшение венозного оттока и уменьшение вазоспастических явлений.

Таким образом, комплексное лечение с использованием РФ и БК позволяет воздействовать на основные звенья патогенеза неврологических синдромов у больных с грыжами МПД пояснично-крестцовой локализации и добиться качественно лучших результатов у больных с рефлекторными синдромами (эффективность 90,7%) и у больных с корешковыми синдромами (эффективность 79,3%) по сравнению с традиционной консервативной терапией (эффективность 71,7% у больных с рефлекторными синдромами и 59,9% у пациентов с корешковыми синдромами).

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов И.П., Шанько Г.Г. Поясничные боли. Минск, 1981, с 73-74.
2. Крыжановский Г.Н. Детерминантные структуры в патологии нервной системы. Генераторные механизмы нейропатологических синдромов. М., 1980, с 360.
3. Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина, пер с нем: М., "Медицина", 1993, с 511.
4. Веселовский В. П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Рига, 1991, с 336.
5. Михневич И.И. Автореф. к. м. н., Минск, 1996, с 15.
6. Калужный Л.В. Физиологические механизмы регуляции болевой чувствительности. Москва, 1984, с 196.
7. Гойденко В.С., Сувак В.В. Биодинамическая коррекция как способ профилактики и лечения ранних периодов остеохондроза позвоночного столба. Москва, 1985, с 71.
8. Гойденко В.С. Структурно-функциональная теория механизма действия иглотерапии и микроиглотерапии. Учебное пособие. Москва, 1990, с 42.
9. Ситель А.Б. Мануальная терапия. Москва, 1998, с 302.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ПОДДЕРЖАНИЯ РАВНОВЕСИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЯХ ПОЗЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА Л.А.Черникова*, К.И.Устинова*, Ю.А.Лукьянова*, М.Е.Иоффе, Д.Б. Хахлынов***, М.Н. Пузин***, Р.К.Авакян*****

**НИИ неврологии РАМН*, г.Москва,
Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН**, г.Москва,
Кафедра неврологии ИПК ФУ «Медбиоэкстрем» МЗ РФ***, г.Москва**

Изучение особенностей нарушения позы и функции поддержания вертикального положения у больных с различными заболеваниями центральной нервной системы является актуальной задачей современной реабилитологии, поскольку исследование этого вопроса может способствовать, с одной стороны, оптимизации вос-