

## ПРИМЕНЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЦЕНТРА

Дробышев А.В., Мелик-Оганджян Г.Ю.

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова

УДК: 615.82:616.711/8-08-039.57

### Резюме

Применение мануальной терапии повышает эффективность комплексного лечения пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника. В статье проводится анализ применения мануальной терапии в поликлинике Национально-хирургического центра им. Н.И. Пирогова у пациентов с вертеброневрологической патологией в зависимости от формы проявления и стадии заболевания, исследуется сочетание мануальной терапии и других методов лечения.

**Ключевые слова:** мануальная терапия, физиотерапия, вертеброневрология.

На современном этапе развития, при лечении в амбулаторных условиях больных с вертеброневрологической патологией, наибольшее распространение получила медикаментозная терапия. Однако, частые побочные эффекты, высокая стоимость лечения при длительной курсовой терапии, недостаточный терапевтический результат у ряда больных, наличие аллергических реакций на многие препараты заставляют искать другие эффективные способы лечения. Одним из таких методов является мануальная терапия [3, 7, 12, 20, 21, 23, 26].

Мануальная терапия, как действенный метод лечения, помогает устранению патобиомеханических изменений в позвоночнике, существенно не влияя на этиопатогенетические факторы развития дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночно-двигательном сегменте (ПДС). Уменьшение или устранение функционального блока в ПДС оказывает положительное влияние на функции опорно-двигательного аппарата и связанных с ним структур. Под функциональным блоком понимают обратимое ограничение подвижности в ПДС при изменении взаиморасположения внутрисуставных соединительно – тканых элементов, обусловленное рефлекторной околоуставной миофиксацией [3, 5, 9, 14, 18, 20, 29, 34, 36, 40]. Во время манипуляционного лечения пациента нормализуется мышечный и сосудистый тонус, уменьшается компрессия сосудисто-нервных образований при туннельных синдромах, прекращается ирритация нервных стволов и вегетативных структур. Поэтому мануальная терапия относится к патогенетически обоснованному методу лечения больных с вертеброневрологическими синдромами [2, 4, 5, 11, 12, 27, 30, 42, 43].

**Остеохондроз позвоночника** – это хроническое заболевание с погрессирующим течением. Как правило,

### APPLICATION OF MANIPULATION IN COMPLEX TREATMENT PATIENTS WITH IS DYSTROPHIC DISEASES OF A BACKBONE IN CONDITIONS OF POLYCLINIC OF THE VERSATILE CENTER

Drobyshev A.V., Melik-Ogandzhanyan G.Y.

Application of manipulation raises efficiency of complex treatment of patients with is dystrophic diseases of a backbone. In clause the analysis of application of manipulation in a polyclinic of the National-surgical center (Moscow) is spent at patients with dystrophic diseases of a backbone depending on the form of display and a stage of disease, is investigated a combination of manipulation and other methods of treatment.

**Keywords:** manual therapy, physiotherapy, vertebral neurology.

начавшись на каком-то одном уровне, он постепенно захватывает и другие отделы позвоночника. При этом нарастает и тяжесть неврологических вертеброгенных расстройств. Изменения в межпозвоночных дисках носят органический характер и малообратимы. Вместе с тем, обычно к органическим изменениям в позвоночнике присоединяется комплекс функциональных расстройств (нарушения биомеханики позвоночника, патологический двигательный стереотип и т.д.). Следует подчеркнуть, что остеохондроз позвоночника требует регулярного лечения и при отсутствии обострения его неврологических проявлений. Мануальная терапия позволяет приостановить прогрессирование патологических изменений в позвоночнике и межпозвоночных дисках, уменьшить функциональные и отчасти органические нарушения в позвоночных двигательных сегментах, обеспечивает эффективную профилактику обострения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника [8, 10, 18, 20, 26, 27].

### Материалы и методы

Основная группа пациентов, посещающая отделение восстановительного лечения поликлиники НМХЦ в 2007–2009 гг., это были пациенты, страдающие дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника с неврологическими синдромами:

2007 г. – 508 человек (93% от общего количества неврологических пациентов);

2008 г. – 514 человек (87 %);

2009 г. – 559 человек (88 %).

За период 2007–2009 гг. работа мануального терапевта заключалась в приеме первичных пациентов в ОВЛ поликлиники НМХЦ и проведении сеансов мануальной терапии. Контингент пациентов складывался из четырех основных нозологических потоков:

1. Пациенты с неврологическими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (остеохондроз, спондилоартроз, спондилез).
2. Пациенты с неврологическими расстройствами периферической нервной системы без поражения позвоночника (туннельные синдромы, мононейропатии, полинейропатии, посттравматические поражения отдельных нервов и др.)
3. Пациенты с сосудистой патологией шейного отдела позвоночника – проведение дифференциальной диагностики со спондилогенной патологией этого отдела позвоночника.
4. Пациенты с патологией внутренних органов (урология, гинекология, гастроэнтерология, кардиология) – проведение дифференциальной диагностики со спондилогенной патологией соответствующих отделов позвоночника.

Во время консультативного приема проводилось полное клинико-неврологическое исследование пациента. Во время неврологического исследования при необходимости назначались дополнительные методы исследования (рентгенография, КТ или МРТ отделов позвоночника, доплексное сканирование сосудов, электромиография и др.). После этого планировалась повторная консультация. Во время ее решался вопрос о проведении сеансов мануальной терапии и/или о направлении к другим специалистам (профильной патологии, нейрохирургу). Проведение мануальной терапии регламентировалось клиническими неврологическими проявлениями патологии отделов позвоночника. К каждому пациенту использовался индивидуальный подход. Лечение проводилось на многофункциональном столе «Manuter» Finland, при необходимости использовалась тракционная терапия позвоночника (ТТП) на аппарате «Anatomomotor» USA.

Большое внимание придавалось достоверным симптомам поражения центральной и периферической нервной систем. Отмечалась степень чувствительных, двигательных, рефлекторных расстройств, и при интерпретации инструментальных методов исследования, создавался алгоритм проведения мануальной терапии [11, 12, 14, 18, 27, 34, 40].

Комплексное лечение позволяло усилить лечебный эффект и проводилось в отделении восстановительного лечения поликлиники с согласованием физиотерапевта отделения. Все пациенты с заболеваниями периферической нервной системы проходили лечение амбулаторно.

В ОВЛ поликлиники центра при лечении вертеброгенных неврологических синдромов за отчетный период применялись следующие сочетания:

- мануальная терапия + тракционная терапия позвоночника;
- массаж спины, шейно-воротниковой и пояснично-крестцовой областей;
- физиотерапия (фонофорез гидрокортизона, электрофорез лидазы, а при обострении болевого синдрома диадинамические и синусоидальные модулированные токи, электрофорез новокаина, переменное магнитное поле);
- в/м блокады новокаин 0,5% + дипроспан (1 раз в неделю);
- иглорефлексотерапия.

По числу дней нетрудоспособности группа больных с вертеброгенной патологией занимала первое место среди пролеченных больных. Средняя продолжительность лечения у мануального терапевта занимала от 7 до 14 дней (от 4 до 8 сеансов мануальной терапии). Отмечены случаи лечения пациентов 2–3 дня, а также до 30–40 дней (в зависимости от формы заболевания, стадии обострения, течения, пола пациента, его возраста).

## Результаты и обсуждение

Наиболее часто в клинической практике встречались *болевы рефлекторные синдромы* (около 85% больных с болями в спине) [3, 9, 12, 14, 17, 18, 39]. Они были обусловлены раздражением рецепторов фиброзного кольца, мышечно-суставных структур позвоночника и не сопровождались неврологическим дефектом. Среди прочих соматовегетативных реакций развивался более или менее локализованный мышечный спазм, представляющий собой защитный физиологический феномен, ограничивающий подвижность пораженного отдела позвоночника [5, 6, 9, 12, 19, 34, 37, 40].

*Компрессионные корешковые синдромы* были обусловлены более простым процессом – механическим воздействием грыжевого выпячивания, костных разрастаний или другой патологической структуры на спинномозговые корешки и/или корешковые сосуды [1, 2, 3, 5, 8, 10, 13, 20, 30, 33]. Возможность поражения корешка спинномозгового нерва при дистрофических изменениях в МПД обусловлена тесными топографо-анатомическими взаимоотношениями с окружающими нервно-сосудистыми и костными структурами [1, 3, 9, 11, 14, 17, 20, 21, 30].

Табл. 1. Коли

	Рефлекторные болевые синдромы / Проведение мануальной терапии (кол-во пациентов)						Компрессионные синдромы / Проведение мануальной терапии (кол-во пациентов)			p<0,001
	Цервикалгии	Цервикобрахиалии	Торакалгии	Люмбалгии	Люмбоишиалгии	Сакралгии	Радикулопатии С3-С8	Радикулопатии Т1-Т12	Радикулопатии L1-S1	
2007 г.	14/8	21/13	5/4	29/21	33/24	8/5	28/15	5/4	39/21	–
2008 г.	11/5	18/15	7/3	22/18	37/31	3/1	38/29	2/-	46/41	–
2009 г.	21/18	24/21	11/8	36/34	38/35	5/2	31/27	9/5	51/47	–

Мануальная терапия, как и любой вид лечения имеет свои критерии вылечиваемости. Среди субъективных это – уменьшение болевого синдрома или полное исчезновение, увеличение объема активного движения в определенных отделах позвоночника, уменьшение или исчезновение чувствительных расстройств, улучшение координации и т.д. Объективные критерии определялись при физикальном и инструментальном исследованиях. При осмотре определялась степень снижения спастичности мышц, увеличение объема пассивных движений в сегментах позвоночника, исчезновении неврологических расстройств (чувствительных, рефлекторных, тонических, температурных и др.). Проведение рентгенографического и/или МРТ исследований в динамике определяло изменения в структуре позвоночно-двигательного сегмента, доплексное сканирование в динамике показывало на количественные и качественные изменения в кровотоке после лечения [1, 6, 13, 15, 22, 25, 45].

*Выздоровление* – предполагало значительное улучшение состояния от исходного (с улучшением самочувствия и серьезными изменениями в лучшую сторону при инструментальных исследованиях). Эти пациенты в течении отчетного периода были на курсе лечения один раз, и в дальнейшем жалоб не предъявляли. *Улучшение* – пациенты которые проходили лечение не менее 2 раз в год. После проведенного курса отмечали исходное самочувствие как до обострения заболевания. Незначительные положительные изменения в данных инструментальных методов исследования. Самая большая группа пациентов. *Без изменений* – проводимое лечение не способствовало улучшению состояния. *Ухудшение* – определение эффекта с одного сеанса проводимого лечения, достаточно редко отмечаемая группа пациентов.

За отчетный период (2005–2007 гг.) в ОВЛ применялись различные сочетанные с мануальной терапией методики лечения больных.

Применение только одной мануальной терапии (МТ) в лечении вертеброневрологических больных оправдано при невыраженном болевом синдроме в подостром или

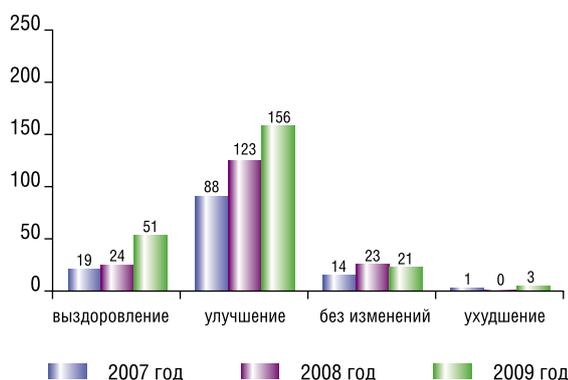


Рис. 1. Результаты проводимого лечения мануальным терапевтом (количество пациентов) за период 2007–2009 годов в ОВЛ поликлиники НМХЦ

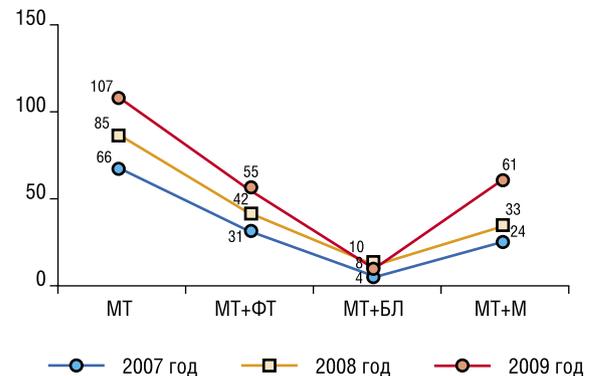


Рис. 2. Сочетание других методов лечения с мануальной терапией (количество пациентов) в ОВЛ поликлиники НМХЦ 2007–2009 годы

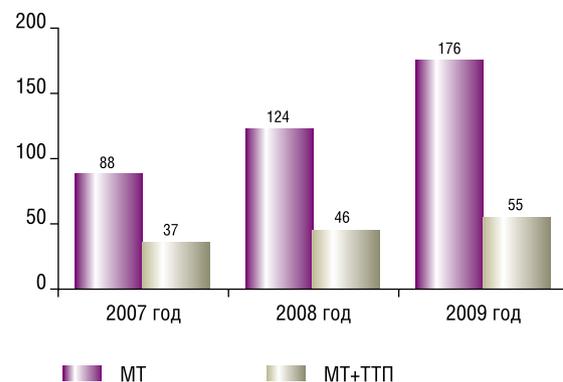


Рис. 3. Соотношение проводимой мануальной терапии (МТ) к сочетанию мануальной терапии с тракционной терапией позвоночника (ТТП) (количество пролеченных пациентов) в ОВЛ поликлиники НМХЦ за 2007–2009 гг.

хроническом течении заболевания [2, 3, 14, 20, 34, 40]. Сочетание мануальной терапии и физиотерапии (МТ+ФТ) было оправдано при выраженном мышечно-тоническом синдроме, при гипотрофических расстройствах, при нейро-васкулярной патологии. Чаще всего МТ сочеталась с миостимуляцией, ультрофонофорезом, магнитотерапией [7, 8, 16, 19, 24, 29, 31, 35, 38]. Сочетание мануальной терапии и лечебных блокад (МТ+БЛ) применялось при острых стадиях заболеваний, выраженности отека перифокальных тканей, локального болевого синдрома. Применялся в основном дипроспан, а также гидрокортизон [2, 5, 11, 26]. Сочетание мануальной терапии и массажа (МТ+М) применялось для общестимулирующего воздействия, для подготовки к суставным техникам мануальной терапии [1, 7, 11, 20, 26]. Значительно усиливало эффект мануальной терапии тракционная терапия позвоночника – ТТП [7, 10, 14]. Показания для проведения ТТП [2, 4, 8, 12, 24]:

- сколиозы 1–2 степени;
- компрессионные корешковые синдромы без неврологических дефицитов (грыжа диска);

– мышечно-тонические синдромы грудной и поясничной локализации.

Проводилась ТТП после сеанса МТ и занимала в среднем 20 минут.

## Выводы

В ОВЛ поликлиники НМХЦ широко представлены все современные методики лечения, применяемые в реабилитологии. Наиболее часто в отделении проходят лечение пациенты с поражением периферической нервной системы, с вертеброгенными неврологическими синдромами. Эффективным и клинически оправданным методом лечения пациентов с вертеброневрологической патологией является мануальная терапия. За отчетный период (2007–2009 гг.) мануальная терапия применялась у 526 человек, из них 455 пациентов (86%;  $p < 0,001$ ) имели неврологические синдромы, связанные с остеохондрозом, спондилоартрозом и другой дегенеративно-дистрофической патологией позвоночника. Эффективность лечения за отчетный период была достаточно высока – у 461 пациента (87%;  $p < 0,001$ ) от общего количества пролеченных) отмечалось улучшение состояния здоровья. Принцип комплексности лечения является одним из базовых в работе мануального терапевта, а сочетание мануальной терапии с методами лечения неврологической патологии, которые есть в арсенале ОВЛ, значительно усиливает терапевтический эффект.

## Литература

- Бродская З.Л. Дифференциальный диагноз дискогенных поясничных болей по рентгенологическим данным // *Вертеброневрология*. 1995. Т. 1-2, С. 68–69.
- Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. и др. Болевые синдромы в неврологической практике. – М.: МЕДпресс, 1999. 372 с.
- Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Рига, 1991.
- Веселовский В.П., Иваничев Г.А., Попелянский Я.Ю. и др. Клиническая классификация вертеброневрологических синдромов. Метод. реком. – Казань, 1995. 16 с.
- Гусев Е.И., Бурд Г.С., Гречко В.Е. Нервные болезни. М.: Медицина. 1988. 638 с.
- Дуус П. Топический диагноз в неврологии. – М.: ИПЦ «Вазар-Ферро», 1995. С. 67–74.
- Епифанов В.А. Медицинская реабилитация. 2005 г. стр.301-303
- Жулев И.М., Лобзин В.С., Бадзгарадзе Ю.Д. Мануальная и рефлекторная терапия в вертеброневрологии. – Санкт-Петербург, 1999.
- Иваничев Г.А. Мануальная медицина. – Казань, 650 С. 2000.
- Кузнецов В.Ф. Стеноз позвоночного канала Минск, 211 С. 1999 г.
- Карлов В.А. Механизмы боли при корешковой компрессии // *Журн. неврол. и психиатр.* 1997. № 3, С. 4–6.
- Коган О.Г., Шмидт И.Р., Толстокопов А.А. и др. Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника. – Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1983. 231 с.
- Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. – М.: Видар, 1997. 394 с.
- Попелянский Я.Ю. Клиника и патогенез начальных проявлений спондилогенных заболеваний нервной системы // *Спондилогенные и миогенные заболевания нервной системы*. – Казань, 1981. С. 6–13.
- Попелянский Я.Ю., Попелянский А.Я. Пропедевтика вертеброгенных заболеваний нервной системы. – Казань, 1985.
- Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1989.
- Решетняк В.К. Нейрофизиологические основы боли и рефлекторного обезбоживания. // *Физиология человека и животных*. – М., 1985. Т. 29.
- Селезнев А.Н. Болевой синдром компрессионно-рефлекторного генеза: механизмы развития и пути терапевтического воздействия // *Журн. неврол. и психиатр.* 1997. № 3, С. 26–31.
- Ситель А.Б. Диагностика и консервативное лечение компрессионного синдрома поясничного остеохондроза. *Невропатология и психиатрия* 1989 г. № 11.
- Ситель А.Б. Мануальная терапия. – М.: Издатцентр, 1998. 304 с.
- Ситель А.Б. Мануальная терапия в России на современном этапе, задачи на будущее. / МЗ РФ, ЦМТ МЗ РФ, Лига профессиональных мануальных терапевтов, Российская секция Международной Академии наук. Тезисы первого съезда мануальных терапевтов России. Москва 1999, С. 14.
- Скоромец А.А. Топическая диагностика нервной системы. – М., 1996. 269 с.
- Скоромец А.А., Скоромец Т.А., Шумилина А.П. // *Остеохондроз дисков: новые взгляды на патогенез неврологических синдромов*. *Неврологический журнал*. 1997. № 6, С. 53–55.
- Суздальский Р.С. Восстановительная медицина 1998. С. 310–311
- Тагер И.Л. Рентгенодиагностика заболеваний позвоночника. – М., 1983. 208 с.
- Тревелл Дж.Г., Симондс Д.Г. Миофасциальные боли. В 2 томах. – М.: Медицина, 1989.
- Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. – Казань, 2001. 472 с.
- Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю. Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках. Санкт-Петербург 2002 г.
- Bohndorf K. Osteochondritis (osteochondrosis) dissecans: a review and new MRI classification // *Eur. Radiol.* – 1998. – Vol. 8. – N 1. – P. 103–112.
- Bonica J.J. (Ed.). The management of pain, 2nd ed. – Philadelphia: Lea & Febiger, 1990.
- Cervero F. Visceral nociception: periplural and central aspects of visceral nociceptive systems // *Phil. Trans. R. Soc. Lond.* – 1985. – Vol. 308. – P. 325–337.
- Cervero F. Visceral pain: mechanisms of peripheral and central sensitization // *Ann. Med.* – 1995. – Vol. 27. – № 2. – P. 235–239.
- Dorwart R.H. Spinal stenosis // *Radiol.Clin.North Am.* 1981.
- Dvorjak J., Dvorjak U., Manuele medicine. Diagnostics. – N.Y.: Georg Thieme Verlag, 1986. – 149 p.
- Fields H.L. Pain. – New York: Mcgraw-Hill, 1987.
- Kerns R.D., Jacob M.C. Psychological aspects of back pain // *Baillieres Clin. Rheum.* – 1993. – Vol.7. – № 2. – P. 337–356.
- Katon W, Vitaliano P. Panic disorder. *Comprehensive Psychiatry* // 1987, 28; 151–158 p.
- Kramer J. Intervertebral Disk Diseases. Causes, Diagnosis, Treatment and Prophylaxis. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1990.
- Karlberg M. et al., Limit of stabiliti 1996, 27–28.
- Lewit K., Sachse J., Janda V. Manuelle Medizin in Rahmen medizinischen Rehabilitation. – Barth: Leipzig, 1987. – 548 p.
- Lyons G., Eisenstein S.M., Sweet M.B. Biochemical changes in intervertebral disc degeneration // *Biochim. Biophys. Acta.* – 1981., Apr 3; 673(4): 443–53.
- Mathews J.A. Neck pain. In: Klippel JH, Dieppe PA, editors. *Practical rheumatology*. St. Louis (MO): Mosby; 1995. P. 41–52.
- Melzack R., Wall P.D. Pain mechanisms: a new theory // *Science.* – 1965. – № 150. – P. 971–979.
- Modic M.T., Herfkens R.J., Intervertebral disk: normal age-related changes in MR signal intensity // *Radiology*, 177 (1990), P. 332.
- Wolf H.D. Comments on the evaluation of the Sacroiliac joint. *Back pain, an international Review*. 1990. P. 175.

## Контактная информация

Дробышев А.В.  
Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова  
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70  
e-mail: nmhc@mail.ru