

УДК 616.833-009; 616.323

ПРИМЕНЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ВАРИАНТАХ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ

В.В. МАЛАХОВСКИЙ*

Постгерпетическая невралгия (ПГН) – широко распространенное алгическое осложнение herpes zoster. Она определяется, как боль жгучего, стреляющего, ноющего и иного характера, часто сочетающаяся с зудом и чувствительными расстройствами, которая сохраняется на участке высыпаний в зоне поражения один месяц или более после начала атаки Varicella zoster virus [4, 8] или ДНК-вируса, вызывающего у детей ветряную оспу, а у взрослых – опоясывающий герпес (herpes zoster) [5]. Наглядным примером того, что ПГН не является редким заболеванием, служат данные [6]: «в любой момент времени приблизительно 200 000 человек в Великобритании страдают ПГН». Особенно тяжело и длительно болезнь протекает у пожилых [7–8]. С учетом того, что доля лиц пожилого и старческого возраста в популяции постоянно растет, проблема терапии ПГН все более актуальна. Чаще пациенты жалуются на ланцинирующую, жгучую, ноющую, дергающую и давящую боли. Среди проявлений следует отметить также гипестезию, гиперестезию, диспептические расстройства, зуд, тактильную аллодинию. Длительность заболевания составляет от ряда месяцев до ряда лет. Болевым ощущениям свойственна значительная эмоциональная окрашенность. Боль приводит к психоэмоциональным и поведенческим изменениям. Возникают такие нарушения, как снижение фона настроения, расстройство сна. В 50,5% поражаются грудные сегменты, в 19,5% – первая ветвь тройничного нерва, в 20% – шейные сегменты [4, 6, 8]. ПГН – одно из заболеваний, боль при котором рассматривается как невропатическая и представлена двумя основными компонентами: спонтанной (стимулонезависимой) болью и вызванной (стимулозависимой) гипералгезией. Спонтанная боль делится на два вида: симпатически независимую боль и симпатически поддерживаемую боль. Симпатически независимая боль развивается в результате повреждения периферического нерва, носит стреляющий, ланцинирующий характер и исчезает или регрессирует после местной блокады анестетиком поврежденного периферического нерва или пораженного участка кожи. Симпатически поддерживаемая боль носит жгучий характер, и может регрессировать после проведения симпатической блокады [2]. Второй компонент невропатической боли – гипералгезия, наиболее дискомфортным видом которой для пациента является аллодиния [1]. Наряду с невропатической болью пациенты с ПГН часто жалуются на ноющие давящие, тянущие, распирающие боли, возникновение которых не может быть объяснено в рамках невропатической концепции. Этот компонент болевой синдромы часто является частью алгического симптомокомплекса. Большинство источников рассматривает этот вид боли в рамках проявлений формирующегося у пациента по мере продолжения ПГН порочного круга «боль – депрессия», предлагая терапевтическое решение в виде назначения больших доз антидепрессантов, в первую очередь трициклических. И хотя такие средства, как amitriptylin, и более современные производные являются крайне эффективными, есть категория пациентов, у которых не представляется возможным применение адекватных доз (75–100 мг/сут) [4, 8–9] в связи с влиянием на общесоматический статус побочных эффектов этой группы препаратов.

Можно рассмотреть этот компонент постгерпетического страдания с точки зрения дефицита биомеханической свободы в рамках концепции «напряженной целостности». «Напряженная целостность» – это структуральная система, состоящая из непротяженных элементов компрессии, связанных протяженными нитями напряжения, которая из-за способа, посредством которого силы напряжения и компрессии распределяются внутри структуры, является самостабилизирующейся структурой, т.е. прочной, способной взаимодействовать в динамике [10].

Выбрав именно торакальное поражение, как наиболее частое, модельное, для ПГН можно расценивать грудную клетку, как биомеханическую подсистему, целостной системы тела человека, в которой, в связи с односторонним герпетическим поражением ряда спинномозговых корешков торакальной зоны, оказывается

частично нарушена двигательная активность ряда межреберных мышц, и становятся дефицитными информационные потоки поверхностной и проприоцептивной чувствительности. Применение мануально-терапевтических техник, частично нормализующих биомеханику этой области, может быть одним из компонентов помощи пациентам с ПГН, предъявляющих жалобы на боли с доминированием давящего, тянущего компонента.

Нами было проведено лечение 38 лиц в возрасте от 37 до 69 лет с длительностью течения заболевания от трех месяцев до двух с половиной лет. У них наблюдался устойчивый алгический синдром в торакальной области, описываемый пациентами как ноющие, давящие, тянущие боли, четко связанные по локализации с зонами имевших место ранее герпетических высыпаний. Следует подчеркнуть, что в группу лечения не попали пациенты, доминирующими алгическими жалобами которых были жжение и ланцинирующая боль. Указанные виды боли отмечались многими пациентами как «боли второго плана». Показатели ВАШ (визуально-аналоговой шкалы) колебались от 65% до 85%. Женщин было 28, мужчин – 10. Всем пациентам проводилось неврологическое, мануально-терапевтическое и рентгенологическое обследование. Пациенты были разбиты на две сопоставимые группы по 19 человек. В одной проводилось стандартное лечение с использованием amitriptylina (75 мг/сут.) – что является стандартной фармакологической помощью в данном случае. В другой группе применялся amitriptylin в дозе 25 мг/сут., в сочетании с непрямыми техниками мануальной терапии [3], как крайне щадящего, малоамплитудного метода лечения, что особенно актуально у людей пожилого возраста. Длительность лечения составила полтора месяца. Мануально-терапевтическое воздействие осуществлялось с частотой два раза в неделю и включало в себя от 10 до 12 процедур. Все пациенты применяли местный анестетик (лидокаин-спрей 10%), при усилении поверхностных болевых ощущений и зуде. На фоне лечения был достигнут запланированный клинический эффект в виде болевой регресса симптоматики. Но в группе монотерапии amitriptylinом, несмотря на полную ликвидацию болей у 13 пациентов, и уменьшению их выраженности до 20% ВАШ у остальных, через месяц после прекращения медикаментозного лечения, 50% испытуемых отметили возвращение болевой синдромы до уровня 30–40% ВАШ. Во второй группе – лишь 9 пациентов отметили полный регресс боли, у остальных было отмечено уменьшение боли до 20–25% ВАШ. Но важно указать, что наблюдение через месяц констатировало сохранение достигнутого клинического эффекта у 16 пациентов, и лишь у троих отмечалась негативная динамика. Эти наблюдения свидетельствуют, что применение техник мягкой мануальной терапии позволяет добиваться достаточно устойчивого клинического эффекта у пациентов с ПГН, предъявляющих жалобы на боли давящего и ноющего характера, с использованием меньших доз amitriptylina, что крайне актуально, учитывая побочные эффекты препарата. И клинические результаты в этом случае более устойчивы во времени. Длительная локализованная боль способствует нарушению повседневного двигательного стереотипа на уровне стандартных дыхательных движений и микродвижений мышц, и связочного аппарата, что ухудшает капиллярный кровоток и усугубляет ишемизацию пострадавших тканей, затрудняя репаративные процессы, а также ухудшает венозный отток и лимфодренаж данной зоны. Мануально-терапевтическое воздействие оказывает регулирующее влияние, приводя к частичному восстановлению механизмов компенсации организма в рамках концепции «напряженной целостности». На фоне применения мягких мануальных техник регрессируют именно боли ноющего и давящего характера, что свидетельствует о более значительном влиянии мануальных методов на вертеброгенные, миогенные и связанные с фасциальными дисфункциями компоненты болевой синдромы при ПГН. Тогда как боли ланцинирующего характера лишь опосредованно подвержены мануальному влиянию, так как имеют иные механизмы генеза. При доминировании этих болей оправданы иные схемы терапии с использованием антиконвульсантов, таких, как карбамазепин, нейронтин [4].

Литература

1. Баринов А.Н., Яхно Н.Н. Лечение невропатической боли // // РМЖ – 2003 – Т.11, № 25.

* Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова

2. Новиков А.В., Яхно Н.Н. Невропатическая боль. Патфизиологические механизмы и принципы терапии // РМЖ.–2001.– Т. 9, № 7–8.

3. Фоссгрин Й. Непрямые функциональные техники. Методический курсовой материал.– М., 2003.– 51 с.

4. Штрибель Х.В. Терапия хронической боли.– М.: Гэотар-медиа, 2005.– С.238–244

5. Юшук Н.Д. и др. Поражение нервной системы при герпетических инфекциях.– М.: Профиль, 2005.– 95 с.

6. Bowsheer D. // Eur. J. Pain.– 1999.– Vol.3(4).– P.335–342.

7. Hess T.M. et al. // Minn. Med.– 1990.– Vol. 73(4).– P.37–40

8. Kost R.G., Straus S.E. // New Eng J Med.– 1996.– Vol. 335(1).– P. 32–42.

9. Lefkowitz M., Marini R.A. Ann Acad Med Singapore.–1994.– Vol. 23(6 Suppl).– P. 139–144.

10. Parsons J. Tensegrity – a unifying concept // Mat междунар симп.«Функциональные нарушения тканей тела человека и восстановление функций организма».– СПб,2005.– С.124–139.

УДК 616.633.922; 681.51; 621.391.008-05

ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

В.А. МЕЛЬНИКОВ*, А.А. ХАДАРЦЕВ**

Введение. Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) – это несогласованное (чрезмерное или недостаточное) сокращение желчного пузыря и сфинктеров Одди, Люткиенса и Мирицци, обусловленное нарушением взаимодействия систем, координирующих последовательность сокращения и расслабления желчного пузыря и желчевыводящих путей, двигательная функция которых в значительной степени зависит от влияния симпатического и парасимпатического компонентов вегетативной нервной системы, а также нейро-гуморальной регуляции гепатобилиарного тракта. Дискинезии желчевыводящих путей разделяются на первичные и вторичные (симптоматические). Первичные ДЖВП возникают на фоне неврогенных (психогенных) или гормональных расстройств; вторичные – на фоне заболеваний гепатобилиарного тракта или других органов пищеварения (Фролькис А.В., 1988; Комаров Ф.И., Гребенёв А.Л., Хазанов А.И., 1995).

При длительном существовании первичных ДЖВП в итоге к ним присоединяется воспалительный процесс и формируется смешанная клиническая картина (Ногаллер А.М., 1976; Максимов В. А., 1980; Hess F., 1961).

В квалификации ДЖВП лежат два определяющих показателя: 1) нарушение моторики пузыря и сфинктеров – *гиперкинетическая и гипокинетическая дискинезия*; 2) нарушение тонуса пузыря и сфинктеров – *гипертоническая и гипотоническая (атоническая) дискинезия* (Галкин В.А., Логинов А.С., 1972; Ногаллер А.М., 1977; Скуя Н.А., 1981).

С целью воздействия на секреторную и моторную функцию желчевыводящих путей были предложены методы электростимуляции (ЭС) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) условно подразделяющиеся на *внутриполостные, внутриклеточные и наружные*, а внутриполостная ЭС, в свою очередь, на *моно-, бимоно- и биполярную* (Арилов А.Н., Кокорев Б.А., Сактуева О.Ш., 1990).

В 1963 году фирмой «Медтроник» (США) впервые в мире выпущен портативный транзисторный стимулятор ЖКТ для *монополярной трансгастральной и трансдуоденальной* стимуляции периодическими импульсами, током 10 мА, частотой 50 Гц и продолжительностью 5–10 с, установлен эффект последствия в виде усиления моторной функции ЖКТ через несколько часов и даже 2 суток после стимуляции. Специально разработанный стимулятор и *монополярную* методику применили Morgan и Nabseth (1965). Проводимая под контролем дуоденокинезиографии *транскутанная* ЭС двенадцатиперстной кишки модулированным синусоидальным током низкой частоты в пределах 40-50 Гц, силой тока 5-15 мА, обеспечила выраженный клинический эффект: уменьшение болевого синдрома, улучшение общего состояния, нормализацию стула. Положительные результаты были

получены также у больных хроническим бескаменным холециститом, дискинезией желчевыводящих путей, вирусным гепатитом (Вагнер Е.А. и соавт., 1975; Гришкевич Э.В. и соавт., 1975; Волокин Г.Г., 1977; Федотов А.В., Маргулис С.В., 1984; Галицкий А.В. и соавт., 1984;)

В начале 80-х годов XX века разработан *автономный электронный стимулятор желудочно-кишечного тракта и слизистых оболочек* (АЭС ЖКТ и СО) в виде глотаемой капсулы и разрешён к применению в медицинской практике Приказом министра здравоохранения СССР № 58 от 16 января 1995 г.

АЭС ЖКТ и СО состоит из втулки с двумя колпачками – электродами. Внутри втулки размещены три элемента электропитания типа СЦ-21, под одним из колпачков-электродов находится гибридная интегральная микросхема генератора импульсов, под другим – пружина, поджимающаяся элементы электропитания. Все материалы устройства допущены к контакту со слизистой оболочкой ЖКТ. Амплитуда импульсов тока через нагрузку 100 Ом составила (10 ± 2) мА. Источник питания обеспечивает оптимальный импульсный ток электростимуляции вплоть до окончания процесса. В ждущем режиме сохранность АЭС определяется саморазрядом элементов электропитания. Контролировать функционирование АЭС ЖКТ и СО в живом организме можно рентгенологически, путём регистрации электрокардиограмм, электрогастроэнтерографии, а также при помощи индикатора функционирования АЭС. Контроль продвижения АЭС позволяет судить о степени нормализации моторно-эвакуаторной функции ЖКТ. Условием эффективности ЭС моторной функции ЖКТ является выбор оптимальных параметров стимулирующих импульсов. Методика применения АЭС относится к биполярной с минимальным межэлектродным расстоянием, позволяющим уменьшить амплитудные значения напряжения на электродах, но вопросы выбора временных и амплитудных характеристик импульсов не теряет своей актуальности (Агафонников В.Ф. и др., 1999).

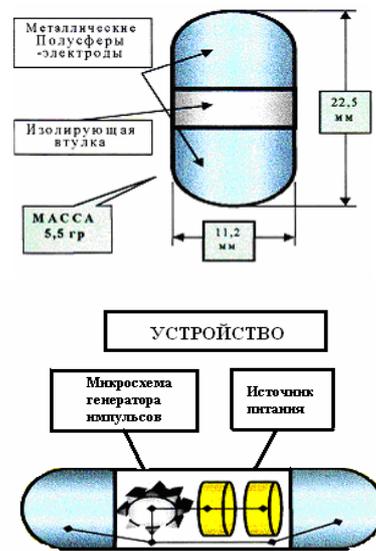


Рис. Схема АЭС ЖКТ

Важным эффектом АЭС является перестройка активности и реактивности вегетативно-гуморального комплекса, которая обеспечивает восстановление нарушенных физиологических функций, нормализацию гомеостаза (Кассиль Г.Н., 1975). С.И. Рапопорт (1996) изучал влияние АЭС ЖКТ и СО на моторную функцию желчного пузыря и толстого кишки. В результате приёма АЭС у большинства больных исчезли или значительно уменьшились клинические признаки заболевания: боли и чувство тяжести в правом подреберье, тошнота, ощущение горечи во рту. По результатам УЗ-холецистографии у 1/2 больных наблюдали нормализацию сокращения пузыря, укорочение латентного периода. А. М. Сазонов (1998) показал, что АЭС ЖКТ и СО является оптимальным средством для стимуляции кишечника у больных перенесших операции на органах гепатобилиарной зоны.

* Пензенский государственный университет
 ** Тульский государственный университет