Влияние комплексного метода лечения на динамику вертебрально-кардиального синдрома

В.С. Гойденко, И.Л. Федорова

Кафедра рефлексологии и мануальной терапии
Российской медицинской академии последипломного образования

В статье представлена оценка эффективности комплексного метода лечения, включающего мануальную терапию и рефлексотерапию, у больных с вертебрально-кардиальным синдромом. Предложенный авторами и апробированный на практике комплексный метод лечения приводит к регрессу неврологической симптоматики и увеличению антиноцицептивного эффекта основных механизмов регуляции болевой чувствительности.
Ключевые слова: вертебрально-кардиальный синдром, мануальная терапия, рефлексотерапия.

Наиболее частой причиной заболеваний периферической нервной системы служат дегенеративно-дистрофические изменения межпозвонковых дисков, вызывающие формирование клинических проявлений остеохондроза позвоночника. Обострение симптомов остеохондроза позвоночника – одна из наиболее распространенных причин временной нетрудоспособности. Дорсопатия является второй по частоте после респираторных заболеваний причиной обращения в лечебные учреждения и третьей по частоте причиной госпитализации. Основной жалобой при обращении к врачу пациента с дорсопатией становится боль.

При **вертебрально-кардиальном синдроме** (ВКС) пациентов беспокоят боли в области сердца, возникающие при движении или пребывании в неудобной позе, длительном лежании на спине. Болевые ощущения сопровождаются чувством жжения в левой половине грудной клетки, а нередко и затруднением дыхания, однако они не связаны с патологией сердца. Приступы провоцируются раздражением структур пораженного позвоночно-двигательного сегмента, также выявляются мышечно-фасциальные дистрофические изменения в грудной стенке. Боль в области сердца при ВКС связана с остеохондрозом грудного отдела позвоночника, так как постганглионарные волокна верхних грудных ганглиев формируют кардиальное сплетение, иннервирующее сердце и легкие.

Нередко боли при ВКС ошибочно рассматриваются как проявление ишемической болезни сердца (ИБС), в результате чего возможно длительное и безуспешное лечение, отрицательно влияющее на физическое и психоэмоциональное состояние больного. Тем не менее первоочередной задачей при оценке пациента с болью в грудной клетке является исключение острой сердечно-сосудистой патологии, в том числе инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, расслаивающей аневризмы аорты и др.

Термин **вертебрально-кардиальный синдром** был предложен И.Б. Гордоном (1994) и уточнен В.В. Проскуриным (1996). Мнение этих авторов о наличии ВКС базируется на

Контактная информация: Федорова Ирина Леонидовна, fedorovail@rambler.ru

представлениях о вертеброгенных висцеральных синдромах, а диагностика этого синдрома основана на наличии следующих критериев:

- нехарактерная для ИБС клиническая картина болевого синдрома;
- наличие местных вегетативных нарушений;
- развитие кардиалгии одновременно или вскоре после возникновения неврологических проявлений остеохондроза;
- четкая связь обострений и ремиссий кардиалгического синдрома с течением остеохондроза позвоночника и его неврологических проявлений;
- учащение приступов и усиление болевого синдрома при воздействии провоцирующих факторов, характерных для остеохондроза позвоночника;
- наличие радикулярной симптоматики или других признаков вовлечения шейно-грудного отдела позвоночника;
- типичные для остеохондроза рентгенологические изменения шейно-грудного отдела позвоночника;
- отсутствие характерных для ИБС патологических изменений на ЭКГ;
- значительное клиническое улучшение при назначении мероприятий, направленных на лечение остеохондроза позвоночника;
- отсутствие лечебного эффекта от терапии по поводу стенокардии.

Наличие у больного 2–3 из этих классификационных признаков позволяет предположить вертеброгенный характер кардиалгий. При обнаружении 5 признаков и более связь болей в области сердца с поражением позвоночника можно считать доказанной.

В основе патогенеза ВКС лежат два патофизиологических механизма: компрессионный и рефлекторный. Компрессионные синдромы обусловлены механическим сдавливанием, натяжением, дислокацией корешка и его мелких сосудов, спинного мозга и его оболочек. В основе рефлекторных и рефлекторно-компрессионных синдромов лежат функциональные нарушения позвоночника – ограничение его подвижности в двигательном сегменте или обратимое блокирование, которое приводит к рефлекторным изменениям. На шейном уровне при ВКС существенное значение имеют блокады унковертебральных сочленений, на грудном уровне – реберно-позвонковых суставов. Болевой синдром при различных клинических проявлениях остеохондроза позвоночника является главным критерием при определении тяжести состояния и трудового прогноза, выборе лечебных мероприятий, проведении экспертной оценки.

В настоящее время достигнуты определенные успехи в лечении больных с вертеброгенной патологией, однако фармакотерапия не всегда бывает достаточно эффективной и резистентность болевого синдрома к терапии на практике встречается довольно часто. В связи с этим большое значение придается разработке и проведению немедикаментозной терапии, направленной на повышение резервных возможностей организма, улучшение микроциркуляции в тканях и восстановление нормальной подвижности в позвоночно-двигательных сегментах.

Мануальная терапия (метод биодинамической коррекции) воздействует непосредственно на патологический очаг, способствует восстановлению нормальных взаимоотношений в позвоночно-двигательном сегменте, нормализации его двигательной функции и подвижности связок. В основе лечебного действия **рефлексотерапии** лежат реакции со стороны антиноцицептивной системы, реализующиеся через механизмы регуляции болевой чувствительности (опиоидный, серотонинергический и адренергический).

Задачей проведенного нами исследования была оценка эффективности мануальной терапии и рефлексотерапии в ком-

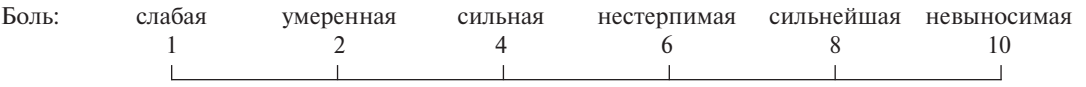

Рис. 1. Визуальная аналоговая шкала боли.

плексном лечении больных ВКС на основе общепринятой методики.

Материал и методы

В исследование было включено 64 пациента – 38 женщин (60%) и 26 мужчин (40%). Средний возраст больных составил 37,9 ± 4,1 года.

Диагноз ВКС устанавливался на основании жалоб, анамнеза, клинико-неврологического и мануального обследования (особое внимание уделяли динамике болевого синдрома, состоянию двигательной сферы – походке, изменениям функции и объема движений пораженного отдела позвоночника, изменениям мышечного тонуса, расстройствам чувствительности), а также рентгенографии грудного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях. Проводилась дифференциальная диагностика между ВКС и коронарной патологией с учетом данных ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру и велоэргометрии (у части пациентов). По результатам обследования у пациентов был установлен диагноз: дорсалгия; поражение межпозвонковых дисков грудного отдела позвоночника; вертебрально-кардиальный синдром.

Обследованные больные с ВКС были разделены на 2 группы: 34 пациента (53%) составили основную группу, а 30 пациентов (47%) – контрольную. Всем пациентам назначали дифференцированное лечение, рекомендуемое при неврологических проявлениях вертеброгенных торакалгий в соответствии с принятыми медико-экономическими стандартами, – фармакотерапию, лечебную физкультуру, диету № 12.

Кроме этого, у пациентов основной группы комплексное лечение включало мануальную терапию (биодинамическую коррекцию) и рефлексотерапию. При формировании индивидуальных комплексов терапии учитывали их сочетанное воздействие на ведущие патофизиологические процессы и неврологические синдромы у конкретного пациента. Немедикаментозные методы лечения предполагали применение биодинамической коррекции (4–5 сеансов), рефлексотерапии (включающей поверхностную иглотерапию, корпоральную иглотерапию, микроиглотерапию и аурикулоиглотерапию – 10 сеансов) и вакуумного баночного массажа ежедневно.

Длительность наблюдения за пациентами составляла 3 нед. Альгологическое тестирование проводили всем больным, изучая количественные и качественные показатели болевого синдрома исходно, на 5-й и 10-й дни терапии и в конце курса. Для количественной характеристики динамики болевого синдрома в процессе лечения использовали визуальную аналоговую шкалу боли (ВАШБ) (рис. 1).

Оценка сна осуществлялась до и после курса терапии. Анкета балльной оценки субъективных характеристик сна включала следующие вопросы: время засыпания, продолжительность сна, количество ночных пробуждений, качество сна, количество сновидений, качество утреннего пробуждения. Суммарная оценка в 22–30 баллов характерна для здоровых людей, 19–21 балл – пограничные значения, <19 баллов свидетельствует о наличии инсомнии.

Результаты

Средняя продолжительность заболевания составила 5,5 ± 1,0 год. Длительность текущего обострения у большинства больных не превышала 3 мес.

У 64% пациентов отмечались тянущие или ноющие боли, у 20% – жгучие, у 16% – острые, стреляющие. Исходно отмечался

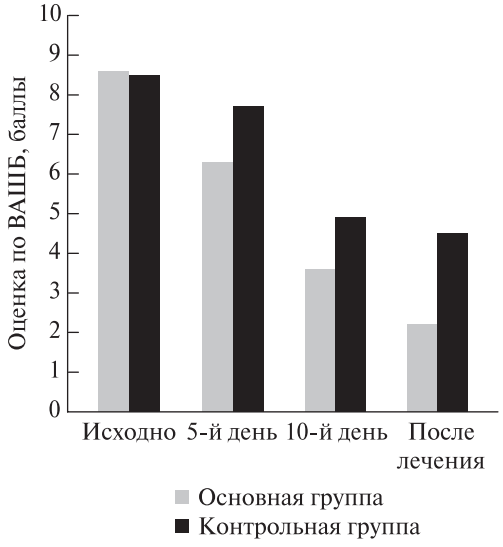

Рис. 2. Динамика боли по визуальной аналоговой шкале в процессе лечения.

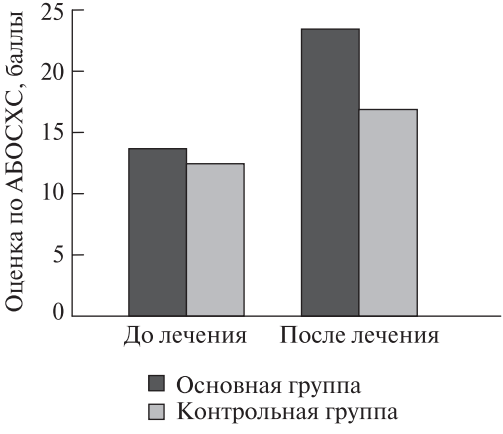

Рис. 3. Динамика инсомнических расстройств.

высокий уровень интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (от 5 до 10 баллов): в основной группе – 8,6 ± ± 1,1 балла, в контрольной – 8,5 ± 1,3 балла. После лечения интенсивность боли снизилась у всех пациентов до уровня менее 5 баллов (рис. 2), составив в среднем 2,2 ± 1,0 балл в основной группе и 4,5 ± ± 1,5 балла – в контрольной ($p < 0,01$). Таким образом, уменьшение боли произошло более чем на 70 и 50% соответственно. Важно отметить, что в основной группе аналгезирующий эффект наблюдался уже с первых дней лечения.

Расстройства сна по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна (АБОСХС) оценивались в пределах от 11 до 18 баллов в основной группе и от 10 до 19 баллов в контрольной группе (в среднем 14,1 ± 2,6 и 11,9 ± 2,9 балла соответственно). По окончании лечения нарушения сна уменьшились (рис. 3), и оценка качества сна улучшилась в основной группе на 43%, а в контрольной – на 26% ($p < 0,01$). Необходимо подчеркнуть, что в основной группе инсомния уменьшалась быстрее, с первых дней лечения.

Длительность стационарного лечения в основной группе составляла от 11 до 14 дней, а в контрольной группе – от 14 до 17 дней. Таким образом, в основной группе продолжительность лечения сократилась на 30%.

Заключение

В результате применения комплексного метода лечения с использованием мануальной терапии и рефлексотерапии было отмечено значительное улучшение состояния пациентов с ВКС: в короткие сроки купировался болевой синдром, восстановился сон, улучшился психоэмоциональный статус. Средняя продолжительность стационарного лечения у пациентов основной группы была меньше по сравнению с таковой в контрольной группе, что позволило значительно ускорить восстановление их трудоспособности и сократить экономические затраты.

Рекомендуемая литература

Беловой А.Н., Щепетовой О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.: Антидор, 2002. 267 с.

Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Рига: Знатне, 1991. 336 с.

Гойденко В.С., Загорская Н.А. Биодинамическая коррекция остеохондроза позвоночного столба и миофасциальных болевых синдромов. М.: РМАПО, 1998. 71 с.

Иваничев Г.А. Мануальная терапия : руководство, атлас. Казань: Татарское газетно-журнальное изд-во, 1997. 448 с.

Калюжный Л.В. Физиологические механизмы регуляции болевой чувствительности. М.: Медицина, 1984. 196 с.

Мартынов Ю.С. Практикум по неврологии. М.: Знание-М, 2000. 57 с.

Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). М.: МЕДпресс-информ, 2003. 337 с.

Проскурин В.В. Диагностика и лечение вертеброгенных кардиалгий // Соматоневрологические синдромы : сб. науч. тр. М.: РУДН, 1996. С. 89–95.

Федорова И.Л. Эффективность рефлексотерапии при вертеброгенных торакалгиях // Рефлексология. 2008. № 3–4 (19–20). С. 54–56.

National Sleep Foundation. 1997 Survey on Sleeplessness, Pain and the Workplace. Washington, DC: National Sleep Foundation, 2000. 88 p.

Influence of Complex Treatment on Vertebrocardiac Syndrome

V.S. Goidenko and I.L. Fedorova

We assessed effectiveness of complex treatment (manual therapy and reflex therapy) in patients with vertebrocardiac syndrome. This treatment demonstrated good results: regression of neurological symptoms and increase of antinociceptive effect.

Key words: vertebrocardiac syndrome, manual therapy, reflex therapy.

Книги Издательского холдинга “Атмосфера”

Руководство по экспериментальной хирургии.
Авторы Б.К. Шуркалин, В.А. Горский, А.П. Фаллер

Руководство включает в себя наиболее важные и необходимые разделы экспериментальной хирургии. Оно состоит из 8 глав. В первой главе излагаются основные сведения по сравнительной анатомии экспериментальных животных; во второй – общие принципы проведения экспериментов на животных; в третьей – общая хирургическая техника; в четвертой – основные операции на различных системах и органах, способы воспроизведения экспериментальных моделей важнейших заболеваний человека; пятая глава посвящена минимально инвазивной хирургии; шестая – основам трансплантации органов; седьмая – применению клеевых субстанций, а восьмая – физическим методам в экспериментальной хирургии. 176 с., ил.

Для студентов лечебного и медико-биологического факультетов, хирургов-экспериментаторов.

Хроническая обструктивная болезнь легких: Карманное руководство для практических врачей. Издание 2.
Автор С.Н. Авдеев

В руководстве в сжатой форме изложены основные сведения о хронической обструктивной болезни легких и принципах ее диагностики, профилактики и лечения. Во 2-м издании учтены последние рекомендации GOLD (2007, 2008, 2009), а также новейшие данные, представленные в ведущих отечественных и зарубежных журналах и монографиях. 160 с., ил.

Для врачей-пульмонологов и терапевтов.

Информацию по вопросам приобретения книг можно получить на сайте www.atmosphere-ph.ru или по телефону (499) 973-14-16.