

Мануально-детензор терапия: коррекция вегетососудистых расстройств при дискогенной поясничной радикулопатии

К.А.Галоян

Центр боли НИИ Курортологии и физической медицины МЗ РА

375028, Ереван, Орбели, 41

Ключевые слова: дискогенная радикулопатия, вегетососудистые расстройства, мануальная терапия, система «детензор»

При дискогенной поясничной радикулопатии (ДПР), характеризующейся дегенеративно-дистрофическими изменениями межпозвонковых дисков, особенно при наличии их пролапсов и протрузий, воздействие последних на нервные корешки не ограничивается чисто механическим влиянием [7,9,11], сопровождаемая мышечно-тоническими и вегетососудистыми реакциями, в формировании которых участвуют сегментарные соматические и вегетативные звенья, лимбико-ретикулярный комплекс, гипоталамические и кортикальные образования [1,3,4]. Несмотря на большую актуальность проблемы вертебро-неврологических заболеваний, существующие представления о клинко-физиологических подходах к восстановительной терапии дискогенных поражений не всегда отвечают требованиям современной доказательной медицины. Одновременно появляется все больше данных о том, что ортодоксальные методы лечения дегенеративно-дистрофических поражений межпозвонковых дисков недостаточно эффективны и безопасны [6,8,10]. При сравнительной характеристике эффективности различных методов физической терапии вертеброгенной патологии акцент преимущественно ставится на ведущем синдроме – дорсалгии, что достаточно затрудняет интегральную оценку результатов лечения, при этом важной проблемой продолжает оставаться коррекция развивающихся при ДПР вегетососудистых и вегетокардиальных расстройств. По мнению большинства исследователей, качественный прорыв в области профилактики, диагностики и восстановительной терапии поражений межпозвонковых дисков возможен лишь при условии формулирования концептуальных подходов и создания интегрированных мультидисциплинарных реабилитационных программ [5, 12–14].

Целью исследования явилась интегральная оценка эффективности мануально-детензор терапии в плане коррекции вегетососудистых расстройств у больных ДПР.

Материал и методы

Обследовано 108 больных с ДПР, средний возраст которых составлял 42 года. Среди пациентов преобладали мужчины (67,5%). По давности заболевания наибольшее число составили случаи с длительностью от 2 до 5 лет (78,8%). У 79 больных (73,1%) заболевание носило рецидивирующий характер (частота обострений – 1-2 раза в год). По данным рентгенографии и МРТ, у больных с клиническими проявлениями ДПР дегенеративно-дистрофические изменения межпозвонковых дисков выявлены преимущественно на уровне L₅-S₁ (85,9%). Протрузия (2–4 мм) без существенного объемного воздействия на прилегающие структуры выявлена у 22 пациентов. В 48 наблюдениях выявлена односторонняя дискогенная радикулопатия S₁, в 24-L₅, в 14-L₄, в 7-L₃, в 6-L₂, и в 5 случаях наблюдался полирадикулярный синдром. Пациенты были распределены по группам методом случайной выборки:

I группа (контрольная) – 60 больных ДПР (мужчин – 41, женщин – 19) с выраженным и умеренно выраженным болевым синдромом, комплексная реабилитационная программа которых включала в качестве основного лечебного фактора мануальную терапию;

II группа (основная) – 48 больных ДПР (мужчин – 33, женщин – 15), репрезентативных по полу, возрасту, выраженности болевого синдрома, вертебро-неврологическим расстройствам, комплексная реабилитационная программа которых включала в качестве основного лечебного фактора сочетанную мануально-детензор терапию.

Клинко-неврологическое обследование пациентов, как и объективизация эффективности использованной комплексной реабилитации, проводились с применением следующих стандартизированных функциональных шкал: общей суммарной оценки неврологического дефицита, оценки выраженности симптомов натяжения, Back Pain Functional Scale (BPFS), Low Back Pain and Disability Questionnaire Software,

визуально-аналоговой шкалы боли, Мак-Гилловского болевого опросника, анкеты Ван Корффа для оценки интенсивности боли и степени дезадаптации. Для оценки вегетативного статуса использовали «Схему исследования для выявления признаков вегетативных нарушений» [2]. Рассчитывали индекс Кердо, проводились пробы на вегетативную реактивность (глазо-сердечный, синокаротидный рефлекс) и вегетативное обеспечение физической деятельности (ортоклиностатические пробы), изучалась степень термоасимметрии. Объективизация предъявляемых со стороны пациентов жалоб на неприятные ощущения в области сердца, перебои в его работе, чувство сжатия, удушья, приступообразную сердечную боль и другие кардиальные явления осуществлялась путем проведения круглосуточного холтеровского кардиомониторирования с использованием анализатора "Ambulatory ECG Analysis System" (Hewlett-Packard).

Пациенты контрольной группы получали базовое немедикаментозное восстановительное лечение, включающее курс мануальной терапии (8–10 процедур) в сочетании с комплексом кинезотерапевтических процедур и лечебного (миофасциального) массажа. Выбор тактики и техники проведения мануальной терапии определялся индивидуально с учетом характера клинической картины течения заболевания, уровня дискогенного поражения, степени выраженности вертебро-неврологических нарушений (неврологического дефицита), локализации триггера боли, характера и выраженности болевого синдрома, данных клинко-инструментальных исследований (рентгенографии, МРТ, КТ), наличия и степени выраженности при дорсалгиях нейро-вегетативных и сосудистых реакций, вертебро-соматической симптоматики, характера и тяжести сопутствующих заболеваний. Пациенты основной группы на фоне базового немедикаментозного восстановительного лечения получали курс детензор-терапии (10–12) в виде сочетанного применения с мануальной терапией. Дизайн сочетанной процедуры заключался в двухэтапном непрерывном процессе, включающем: I этап: интенсивное щадящее вытяжение позвоночника (экспозиция 40–45 мин) с помощью терапевтического мата системы «детензор», обеспечивающего снижение нагрузки на позвоночник в среднем на 7% массы тела пациента; II этап: проведение процедуры мануальной терапии.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы SPSS.

Результаты и обсуждение

Как показали результаты проведенных исследований, у больных ДПР выявляются нейровегетативные нарушения, среди которых преобладают синдром вегетососудистой дистонии и вегетокардиальные рас-

стройства. Анализ полученных данных позволил оценить вегетативный тонус у 32 больных контрольной группы как симпатический, у 20 пациентов как парасимпатический (ваготонический) и у 8 как смешанный. Среди пациентов основной группы в 26 случаях отмечено преобладание симпатического тонуса, в 15 парасимпатического, у 7 больных выявлен смешанный тип. Установлено, что из числа больных ДПР в 53,7% случаев (58 пациентов) отмечаются проявления синдрома вегетососудистой дистонии (СВСД), в 38,8% (42 больных) термоасимметрия (ТА) и в 19,4% (21 пациент) вегетокардиальные расстройства (ВКР). По исследуемым группам в соответствии с вегетосудистыми расстройствами пациенты были представлены примерно в одинаковой степени. Так, в контрольной группе среди обследованного контингента СВСД был выявлен у 32 больных, ТА у 22 и ВКР – в 9 случаях. В основной группе СВСД обнаружен у 26 больных, ТА – у 20, и ВКР – у 12 больных.

Как показал анализ полученных результатов, у обследованного контингента больных с ДПР хронический болевой синдром в совокупности с вегетосудистыми и кардиальными расстройствами в достаточно большом проценте случаев сопровождается нарушениями процесса сна. С использованием теста самооценки сна – «Анкеты балльной оценки субъективной характеристики сна» выявлено, что у 72,2% больных (78 случаев) с ДПР суммарный уровень субъективной характеристики сна (СХС) значительно понижен. Как следует из представленных данных, у пациентов обеих групп после завершения курса реабилитации значительно снижается процент больных с СВСД, ТА и расстройствами сна. В то же время необходимо отметить, что положительный сдвиг после прохождения курса восстановительной терапии в большем проценте случаев выявлен в основной группе больных ДПР, подвергшихся мануально – детензор терапии (рис.1).

Установлено, что в процессе проведения реабилитационных мероприятий у больных ДПР степень проявления вегетативной дисфункции уменьшается, при этом наблюдается определенный параллелизм в снижении интенсивности болевого синдрома, повышенного уровня реактивной тревоги и степени выраженности вегетативных расстройств. Одновременно важно подчеркнуть то обстоятельство, что регресс клинической симптоматики проявляется более выраженно у пациентов основной группы, получивших сочетанную мануально – детензор терапию, по сравнению с больными контрольной группы, подвергнутыми мануальной терапии (рис.2).

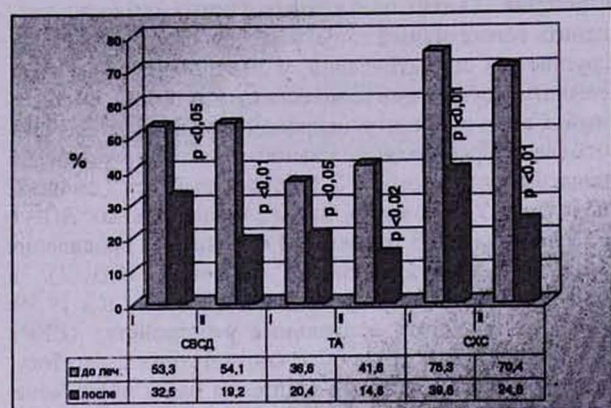


Рис.1. Сравнительная оценка процентного распределения больных с дискогенной поясничной радикулопатией контрольной (I) и основной (II) групп по степени регресса показателей СВСД, ТА и СХС до и после восстановительной терапии.

Обозначения: СВСД- синдром вегетососудистой дистонии, ТА-термоасимметрия, ВКР-вегетокардиальные расстройства

Одним из объективных критериев для изучения состояния ВНС является круглосуточный мониторинг ЧСС. С этой целью из числа больных контрольной и основной групп с выявленной дисфункцией, жалобами кардиального характера, сопровождающимися нарушениями сна, в 18 случаях проведен 24-часовой кардиомониторинг. Анализ полученных результатов свидетельствует, что у больных ДПР с наличием выраженного болевого синдрома и вегетососудистой дистонии максимальные и минимальные значения ЧСС и их суточное распределение подвержены определенным изменениям. Это в первую очередь касается сужения диапазона между абсолютными значениями ЧСС_{макс.} и ЧСС_{миним.}, регистрируемыми у больного в

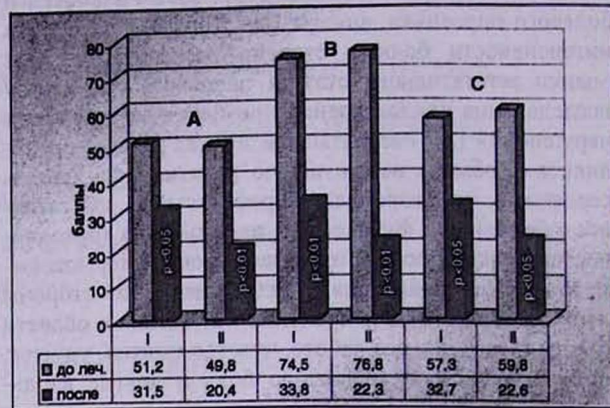


Рис.2. Сравнительная характеристика регресса уровня реактивной тревоги (А), интенсивности болевого симптома (В) и вегетативной дисфункции (С) у больных дискогенной поясничной радикулопатией контрольной (I) и основной (II) групп до и после завершения курса восстановительной терапии

течение суток за счет относительно стабильной тахикардии в дневное время суток и уменьшения ночной брадикардии. Выявлено, что из 15 больных ДПР с проявлениями вегетососудистой дистонии, жалобами на сердцебиение, чувство замирания сердца, кратковременное головокружение, болями в левой части грудной клетки при стандартных отведениях ЭКГ у 9 пациентов выявлены различные нарушения со стороны сердечного ритма с признаками ишемии миокарда. При 24-часовом холтеровском кардиомониторировании обнаружены различной выраженности желудочковые экстрасистолы, которые зарегистрированы, как правило, в дневное время суток (рис.3).

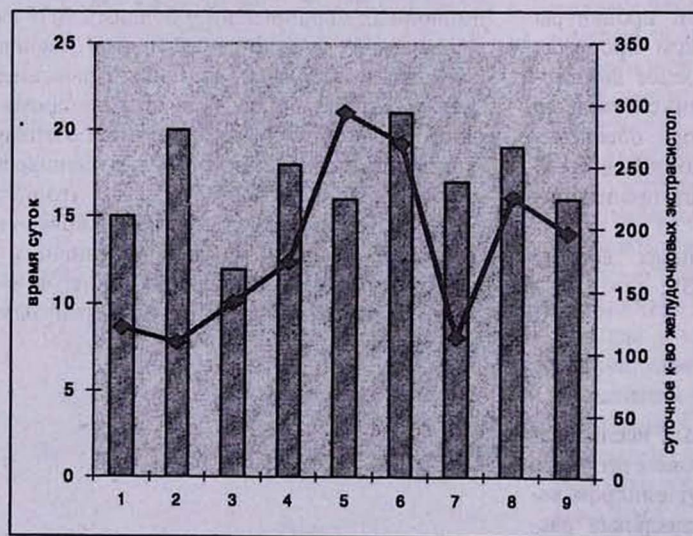


Рис.3. Количество (линия) и время регистрации макс. желудочковых экстрасистол (столбики) у больных дискогенной поясничной радикулопатией с вегетокардиальными нарушениями

Установлено, что у больных с вегетодистоническими проявлениями и кардиальными жалобами доминирующим сдвигом является подъем сегмента S-T, при этом повышение S-T > 1 мм выявлено у 7 больных,

подъем S-T < 1 мм – в 5 случаях. Одновременное наличие подъема и снижения S-T в различное время суток зарегистрировано у 3 пациентов. (рис. 4).

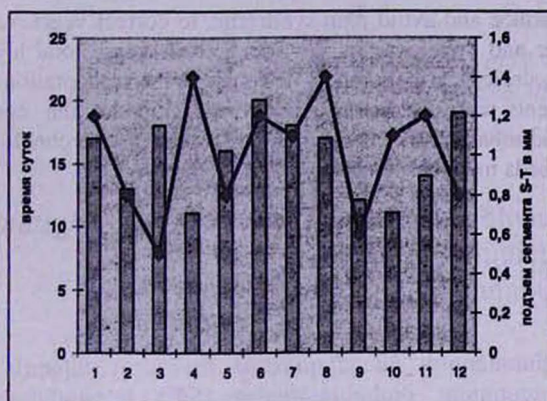


Рис. 4. Абсолютные величины максимального подъема сегмента S-T (линия) и их суточное распределение (столбики) у больных дискогенной поясничной радикулопатией с эпизодами кардиалгии

Как свидетельствуют полученные данные (рис. 5), после проведения курса сочетанной мануально-детензор терапии наблюдается снижение средней ЧСС, суммарного количества экстрасистол, регистрируемых в течение суток, снижение уровня максимального подъема сегмента S-T за период мониторинга.

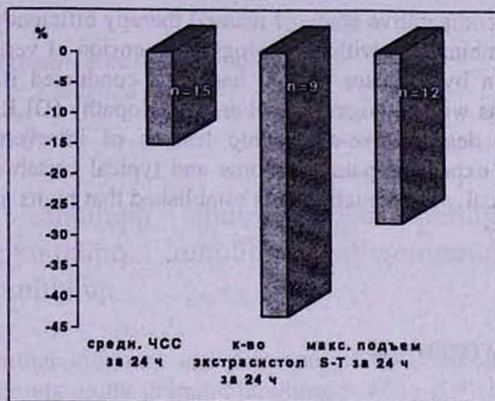


Рис. 5. Регресс некоторых показателей вегетососудистой дистонии с кардиальными проявлениями у больных дискогенной поясничной радикулопатией при проведении курса мануально-детензор терапии

Таким образом, установлено, что сочетанная мануально-детензор терапия наряду с уменьшением болевого синдрома и регрессом вертеброневрологической симптоматики и у больных ДПР способствует регрессу ряда показателей вегетососудистой дистонии.

Поступила 15.05.05

Մանուալ - դետենզոր թերապիա: Վեգետո-անոթային խանգարումների շտկումը դիսկոգեն գոտկային ռադիկուլոպաթիայի դեպքում

Կ.Ա.Գալոյան

Արտահայտված ցավային համախտանիշով, վեր-տերրո-մյարդաբանական բնորոշ ախտաբանությամբ և միջոդային դիսկերի դեգեներատիվ-դիստրոֆիկ տեսանելի ախտահարումներով դիսկոգեն գոտկային ռադիկուլոպաթիայով (ԴԳՌ) տառապող 108 հի-վանդների մոտ անցկացվել է մանուալ թերապիայի արդյունավետության և դետենզոր համակարգով ող-նաշարի ֆիզիոլոգիական բեռնաթափման ու խնայո-

ղական ձգման համակցության համեմատական ուսումնասիրությունը: ԴԳՌ-ի դեպքում ողնաշարի ռելաքսացնող բեռնաթափման բարձր բուժիչ արդյու-նավետությունը՝ համակցված մանուալ թերապիայի հետ, դրսևորվում է վեգետո-անոթային դիստոնիայի համախտանիշի նվազեցման, վեգետատիվ դիսֆունկ-ցիայի տարբեր դրսևորումների նահանջի և քնի ընդ-հանուր ցուցանիշների բարձրացման տեսքով:

Manual-Detensor Therapy: Correction of vegetovascular disorders in discogenic lumbar radiculopathy

K.A. Galoyan

A comparative study of manual therapy efficiency and its combinations with physiological detension of vertebral column by detensor system has been conducted in 108 patients with discogenic lumbar radiculopathy (DLR) and visual degenerative-dystrophic lesions of intervertebral disks, expressed pain syndrome and typical vertebroneurological symptomatics. It is established that by its ability

to reduce and avoid pain syndrome, to correct vegetovascular and vegetocardial disorders, to decrease total level of neurological deficiency, and raise home readaptation of patients with discogenic lumbar radiculopathy, the combined rehabilitative therapy including detensor technology exceeds manual therapy by its efficiency.

Литература

1. Абилянкова А.Х., Фролков В.К., Агасаров Л.Г. Рефлексотерапия вертеброгенных нейроваскулярных синдромов. I Международный конгресс «Восстановительная медицина и реабилитация». М., 2004.
2. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. Заболевания вегетативной нервной системы. М., 1991.
3. Карлов В.А. Журн. неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, 1997, т.97, с. 4.
4. Лихачев С.А., Борисов И.А., Борисенко А.В. Журн. неврол. и психиатрии им.С.С.Корсакова, 2002, т.102, 3, с.67.
5. De Valk M.M. Ned. Tijdschr. Geneesk., 2000, May 20;144(21), p.1022.
6. Gerster J.C. Schweiz. Rundsch. Med. Prax, 2000, Apr 6;89(15), p.619.
7. Jones M.A., Stratton G., Reilly T., Unnithan V.B. Health Educ. Res., 2004, Jun;19(3), p.284.
8. Lurie J.D., Gerber P.D., Sox H.C. N. Engl. J. Med. 2000, Sep 7;343(10), p.723.
9. Palmer K.T., Walsh K., Bendall H., Cooper C., Coggon D. BMJ, 2000, Jun 10;320(7249), p.1577.
10. Peterson C.K., Bolton J.E., Wood A.R. Spine, 2000, Jan 15;25(2), p.218.
11. Stranjalis G., Tsamandouraki K., Sakas D.E., Alamanos Y. Spine, 2004, Jun 15;29(12), p.1355.
12. Van Tulder M.W., Koes B.W., Assendelft W.J. et al. Ned. Tijdschr. Geneesk., 2000, Jul 29;144(31), p.1489.
13. Vendrig A.A., van Akkerveeken P.F., Sanders R.J. Ned. Tijdschr. Geneesk., 2000, Mar 18;144(12), p.560.
14. Wiesel S.W. Spine, 2000, Jun 15;25(12), p.1468.