

ABSTRACT

The research of methods of the physical rehabilitation in correction of neurologic diseases of patients with dyscirculatory encephalopathy of I - II stage has shown their efficacy. Marked positive changes of indices of

space-time characteristics and memory functions, decrease of anxiety level and reduced manifestations of vegetal diseases serve as a proof of the positive effect of complex nonmedicamental rehabilitation. The most significant are data received as a result of complex influence of physiatrics and medical physical culture on patients from the experimental group.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В КОРРЕКЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ШЕЙНЫМИ КОМПРЕССИОННЫМИ СИНДРОМАМИ

ЗИНЯКОВ Н.Н., к.м.н., ЗИНЯКОВ Н.Т., д.м.н.
ГУЗ Областная больница № 2, г. Ростов-на-Дону

АННОТАЦИЯ

В статье отражены результаты обследования и лечения 95 больных с шейными компрессионно-радикулярными синдромами. Целью исследования явилось изучение влияния мануальной терапии и лечебной гимнастики на клинические и электронейромиографические показатели при шейном вертеброрадикулярном конфликте. Проведенное исследование показало, что использование при лечении спондилогенных шейных компрессионно-радикулярных синдромов мануальной терапии, направленной на коррекцию патобиомеханических изменений, закрепление и усиление саногенетических реакций локомоторного аппарата, а также изометрической гимнастики, способствующей стабилизации результатов мануальных корригирующих воздействий позволяет эффективно влиять на клинические проявления заболевания и нейрофизиологические показатели корешкового синдрома.

Ключевые слова: вертеброгенная шейная радикулопатия, лечебная гимнастика, мануальная терапия, электронейромиографические показатели.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальным на настоящий момент в современной вертеброневрологии остается вопрос терапии шейных спондилогенных компрессионных корешковых синдромов, составляющих 34% от всех клинических проявлений спондилогенных заболеваний дегенеративно-дистрофического происхождения, поражающих шейный отдел позвоночника [1, 2]. На современном этапе лечение данных состояний только с применением медикаментозных средств, в силу различных причин, часто не дает положительных результатов. Вместе с тем различные методы немедикаментозной коррекции успешно применяются при лечении нарушений локомоторной системы, практически не обладают побочными эффектами, оказывают положительное влияние на различные системы организма. Большинство опубликованных в литературе сведений посвящено хирургическому лечению дискогенных компрессионных радикулопатий. При этом на настоящий момент имеется небольшое количество работ посвященных изучению эффективности немедикаментозных методов лечения шейных корешковых синдромов в острой стадии [3]. Есть указания на возможность применения фонофореза противовоспалительных препаратов, электрофореза веществ местноанестезирующего и сосудорасширяющего действия, синусоидальных модулирован-

ных, диадинамических токов, массажа, иглорефлексо-терапии [2, 4]. При этом известно, что при цервикальном вертеброрадикулярном конфликте в острой стадии развиваются значительные расстройства биомеханики шейного региона, требующие применения адекватных методов биомеханической коррекции. В данном контексте нелишне упомянуть, что в литературе практически отсутствуют сведения о возможности применения мануальной терапии при шейных компрессионно-радикулярных синдромах, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника в острой стадии [5]. Учитывая, что мануальная терапия призвана осуществлять коррекцию функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата, которые сопровождают вертеброгенное компрессионно-радикулярное поражение, закономерно предположить, что этот метод лечения может быть эффективен при данных состояниях. Применение же вместе с мануальной терапией лечебной гимнастики, направленной на стабилизацию состояния позвоночника и закрепление саногенетических реакций, ведущих к формированию нового двигательного стереотипа шейного региона, может позволить ускорить разрешение вертеброрадикулярного конфликта и улучшить тем самым состояние клинического и нейрофизиологического статуса пациентов.

Целью исследования явились:

1. Разработка методики мануальной терапии и лечебной гимнастики, направленной на разрешение диско-радикулярного конфликта в острой стадии радикулопатий, обусловленных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника.
2. Изучение динамики клинических и электронейромиографических показателей под воздействием мануальной терапии и лечебной гимнастики при шейных спондилогенных радикулопатиях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование было включено 95 больных (50 мужчин и 45 женщин) со спондилогенными шейными радикулопатиями в возрасте от 31 до 62 лет. Для верификации спондилогенного характера поражения проводилась магнитно-резонансная томография, которая выявила наличие грыж межпозвоночных дисков на шейном уровне у всех больных. Их величина составляла от 2 до 6 мм. Грыжи имели задне-латеральное направление у 66 (69,5%) больных, фораминальное – у 13 (13,7%), парамедианное – у 14 (14,7%) и медианное – у 2 (2,1%). У 53 (55,7%)

больных грыжи располагались на уровне одного, у 20 (21,1%) – на уровне двух, у 13 (13,7%) – на уровне трех и 9 (9,5%) – на уровне четырех дисков. В 64 (67,4%) наблюдениях выявлялся монорадикулярный синдром, в 31 (32,6%) – бирадикулярный. Наблюдалось поражение C_6 (45,3%), C_7 (34,7%), C_8 (25,3%), C_5 (15,8%) и C_4 (10,5%) корешков.

Всем больным до и после лечения выполнялись классическое исследование неврологического статуса, вертеброневрологическое и мануальное обследование. Проводилось определение степени выраженности боли по визуальной аналоговой шкале. При оценке степени выраженности компрессионно-радикулярного синдрома мышечную силу оценивали по 5-балльной системе [6]. Оценку выраженности рефлекторных, тонических и чувствительных нарушений проводили по 6-балльной системе [7]. Степень выраженности вертебрального синдрома определяли, используя коэффициенты выраженности вертебрального синдрома, мышечного тонуса, мышечной болезненности и вибрационной отдачи [8]. На основании мануальной диагностики определяли локализацию и характер функциональных блоков суставов и мышечно-дистонических нарушений.

Для объективизации состояния корешкового сегмента использовали стимуляционную электронейромиографию. Проводили оценку следующих показателей: периферического М-ответа – амплитуды максимального М-ответа, скорости проведения импульса по двигательным волокнам; F-волны – латентного периода, отношения амплитуды F-волны к амплитуде М-ответа, величины F-блокировки.

Математическая обработка полученных данных выполнена на персональном компьютере Pentium-III с применением прикладной статистической программы "Statistica for windows" версии 5.5 фирмы "StatSoft". Она проводилась с использованием методов параметрической и непараметрической вариационной статистики. Для оценки достоверности различий показателей в группах использовали критерии Стьюдента (t), Манна-Уитни и Вилкоксона.

Все пациенты были разделены на две группы (контрольную и основную) в зависимости от проведенного курса лечения. В контрольной группе (30 больных, или 31,6%) проводили стандартное медикаментозное лечение, включающее анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, миорелаксанты, венотоники, антиконвульсанты, хондропротекторы, нейропротекторы. Основная группа была разделена на две подгруппы: в первой (32 больных, или 33,7%) вместе с медикаментозным лечением применялась мануальная коррекция, направленная на устранение патогенетических функциональных патобиомеханических изменений и закрепление саногенетических реакций локомоторного аппарата, во второй (33 больных, или 34,7%) наряду с лекарственной и мануальной терапией в лечебный комплекс включалась изометрическая гимнастика.

Мануальная терапия на шейном отделе позвоночника проводилась с учетом выявленных особенностей вертебральной биомеханики. Так, было установлено, что на уровне пораженного позвоночно-двигательного сегмента развивается функциональная блокада, носящая саногенетический характер и направленная на обеспечение соответствующего

положения позвонков в позвоночно-двигательном сегменте, способствующего меньшей компрессии невралных структур. Попытки снятия данной блокады неминуемо ведут к усугублению компрессионного поражения корешков, проявляющегося усилением выраженности болевого синдрома и нарушений вертебральной биомеханики. Изучение объема движений в шейном отделе позвоночника выявило, что полезными, то есть способствующими уменьшению выраженности вертеброрадикулярного конфликта движениями являются: флексия, латерофлексия в здоровую сторону, одновременное сочетание флексии с латерофлексией в здоровую сторону и экстензии с латерофлексией в здоровую сторону. В немногочисленных случаях, в зависимости от взаимоотношений корешков и патоморфологических субстратов позвоночно-двигательного сегмента, некоторые из этих движений сопровождались усугублением компрессии невралных структур, что проявлялось усилением болевых и/или парестетических проявлений во время проведения приема. В данном случае этот прием исключался из лечебного алгоритма. Однако, справедливости ради следует отметить, что такие случаи крайне редки, и перечисленные приемы могут быть выполнены в подавляющем большинстве случаев даже при выраженном болевом синдроме, что позволяет проводить мануальную коррекцию с первого дня появления клинических проявлений. Таким образом, на основании выявленных особенностей вертебральной биомеханики при шейных компрессионных радикулопатиях выполнялась мануальная коррекция, направленная на закрепление саногенетических реакций шейных позвоночно-двигательных сегментов и способствующая уменьшению выраженности вертеброрадикулярного конфликта. В основу применяемых приемов был положен принцип орто-биомеханики – доведение обнаруженных при обследовании рисунков нарушения подвижности до конца и даже некоторая их гипертрофия, то есть лечебные приемы были направлены в сторону более свободного и безболезненного движения.

Также проводилась мобилизация ключевых зон, крестцово-подвздошного сустава на стороне блока. Посредством применения мягкотканых техник устраняли миофасциальные нарушения в цервикомембральных мышцах, мышцах туловища и таза. Указанные воздействия применяли ежедневно, с первого дня, в количестве 8-10.

Лечебная гимнастика выполнялась в изометрическом режиме и была направлена на закрепление вновь формируемого за счет применения мануальной терапии двигательного стереотипа. Суть упражнений состояла в поочередном давлении шеей и головой вперед-назад, вправо-влево. Продолжительность фазы изометрического напряжения составляла 4-5 секунд. При этом голова и шея устанавливались не строго в нейтральном положении, а с наклоном в здоровую сторону и вперед, что давало возможность мышцам включаться в изометрическую работу при более благоприятных вертеброрадикулярных взаимоотношениях.

По мере разрешения вертеброрадикулярного конфликта от сеанса к сеансу угол наклона уменьшался вплоть до выполнения упражнений в нейтральной позиции позвоночника. Лечебная гимнастика

тика выполнялась ежедневно, с первого дня, 3 раза в день (утром, вечером самостоятельно больным и непосредственно после проведения сеанса мануальной терапии при помощи врача).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При оценке результатов проведенного лечения было выявлено, что показатель степени выраженности боли по визуальной аналоговой шкале снижался после медикаментозного лечения на 15,9% ($p < 0,05$), после сочетанного применения лекарственной и мануальной терапии на 59,7% ($p < 0,001$), а при добавлении в терапевтический комплекс лечебной гимнастики на 70,2% ($p < 0,001$). Таким образом, снижение выраженности данного показателя было более выраженным во второй подгруппе основной группы на 54,3% ($p < 0,01$) по сравнению с контролем и на 10,5% ($p < 0,001$) по сравнению с первой подгруппой основной группы.

Изучение динамики показателя мышечной силы выявило его повышение после лечения у пациентов, получающих только лекарственную терапию, на 11,3% ($p < 0,05$), у больных, получающих помимо лекарственной еще и мануальную терапию, – на 31,9% ($p < 0,01$), а при добавлении к терапии лечебной гимнастики – на 39,5% ($p < 0,01$). Таким образом, увеличение данного показателя в группе, получающей лечебную гимнастику, было выражено на 28,2% ($p < 0,05$) больше по сравнению с пациентами контрольной группы и на 7,6% ($p < 0,05$) по сравнению с больными, получающими лекарственную и мануальную терапию без лечебной гимнастики.

Анализ динамики выраженности показателей тонических, чувствительных и рефлекторных нарушений не выявил достоверных отличий между данными до и после лечения у пациентов, пролеченных только медикаментозно. Добавление в лечебный комплекс мануальной терапии позволило обеспечить снижение выраженности значений данных показателей на 26,4 ($p < 0,05$), 23,2 ($p < 0,05$) и 25,6% ($p < 0,05$), что было выше, чем в контрольной группе на 18,1 ($p < 0,05$), 17,9 ($p < 0,05$) и 18,5% ($p < 0,05$) соответственно. Достоверных отличий по данным показателям между первой и второй подгруппами основной группы не получено.

Оценка динамики выраженности вертебрально-го синдрома показала, что коэффициент выраженности вертебрального синдрома снижался после лечения в контрольной группе на 17,2% ($p < 0,05$), в первой подгруппе основной группы на 71,3% ($p < 0,001$), во второй – на 82,2 ($p < 0,001$), показатель мышечного тонуса – на 19,2 ($p < 0,05$), 69,7 ($p < 0,01$) и 80,7% ($p < 0,001$), мышечной болезненности – на 15,1 ($p < 0,05$), 75,5 ($p < 0,001$) и 86,4% ($p < 0,001$) и вибрационной отдачи – на 16,4 ($p < 0,05$), 67,3 ($p < 0,01$) и 78,5% ($p < 0,001$) соответственно. Таким образом, снижение выраженности этих показателей в группе, получающей лечебную гимнастику, было выражено на 65 ($p < 0,001$), 61,5 ($p < 0,01$), 71,3 ($p < 0,001$), 62,1% ($p < 0,01$) больше по сравнению с пациентами контрольной группы и на 54,1 ($p < 0,01$), 50,5 ($p < 0,01$), 60,4 ($p < 0,001$), 50,9% ($p < 0,01$) по сравнению с больными, получающими лекарственную и мануальную терапию без лечебной гимнастики, соответственно.

При оценке динамики показателей стимуляционной электронной миографии было выявлено, что амплитуда максимального М-ответа повышалась после лечения у пациентов, получающих только лекарственную терапию, на 12,2% ($p < 0,05$), у больных, получающих помимо лекарственной еще и мануальную терапию – на 32,7% ($p < 0,01$), а при добавлении в терапевтический комплекс лечебной гимнастики – на 39,8% ($p < 0,01$). Таким образом, динамика данного показателя была более выраженной во второй подгруппе основной группы на 27,6% ($p < 0,05$) по сравнению с контролем и на 7,1% ($p < 0,05$) по сравнению с первой подгруппой основной группы.

При оценке показателей F-волны было выявлено, что латентный период F-ответа уменьшался в группе больных, получающих комплексное лечение с применением медикаментозной и мануальной терапии, на 26,2% ($p < 0,05$), величина F-блокировки – на 27,1% ($p < 0,05$), а отношение амплитуды F-волны к амплитуде М-ответа увеличивалось на 24,3% ($p < 0,05$), что было выше, чем в контрольной группе на 18,9 ($p < 0,05$), 19,1 ($p < 0,05$), 17,3% ($p < 0,05$) соответственно. Включение в терапевтический комплекс лечебной гимнастики не прибавило достоверно значимой положительной динамики данных показателей.

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование показало, что использование при лечении пациентов с вертеброрадикулярным конфликтом шейной локализации в острой стадии мануальной коррекции, направленной на устранение патогенетических функциональных патобиомеханических изменений и закрепление саногенетических реакций локомоторного аппарата, позволяет повысить эффективность терапии данной категории больных. Основные предпосылки эффективности мануальной коррекции при данных состояниях кроются в том, что органические изменения позвоночно-двигательного сегмента, являющиеся структурной основой заболевания, в подавляющем большинстве случаев развиваются не одновременно, а в течение, как минимум, нескольких лет. При этом даже выраженные органические изменения в течение определенного периода времени протекают бессимптомно, а обострение заболевания, связанное с развитием клинической картины спондилогенной радикулопатии, развивается в течение короткого времени (часы, дни). Эта ситуация становится легко объяснимой, если учитывать, что функциональное состояние опорно-двигательного аппарата может изменяться под воздействием различных неблагоприятных факторов (стато-динамические нагрузки, эмоциональные стрессы, метеорологические сдвиги, температурные воздействия, патологические сдвиги в висцеральной и краниосакральной системах), что проявляется развитием функционального блокирования суставов и мышечно-дистонических нарушений. Это может приводить к изменению конфигурации позвоночного столба как на уровне всего пораженного органическим процессом отдела позвоночника, так и на уровне конкретных позвоночно-двигательных сегментов, что чревато еще более выраженным сужением позвоночного канала, канала межпозвоночных отверстий, и как следствие, развитием вертеброрадикулярного кон-

фликта. Непосредственная ирритация корешковых структур приводит к мышечно-тонической реакции, направленной на защиту корешка от компрессионного воздействия. При этом факт сохранения корешковой симптоматики говорит о том, что данные саногенетические реакции являются недостаточными. Применение же мануальной терапии, способствующей усилению данных саногенетических реакций и устранению патогенетических реакций локомоторного аппарата, приводит к разрешению вертеброрадикулярного конфликта и, как следствие, к регрессу клинической симптоматики и коррекции нейрофизиологического статуса.

При включении в терапевтический комплекс изометрической гимнастики в несколько большей степени происходит регресс болевого синдрома и коррекция патобиомеханических изменений. Влияние гимнастики на объективные и субъективные корешковые симптомы невелико, что, вероятно, связано с отсутствием непосредственного корригирующего воздействия лечебной гимнастики, способного разрешать вертеброрадикулярный конфликт. Однако изометрические упражнения, способствующие стабилизации позвоночно-двигательных сегментов, закрепляют результаты мануальных корригирующих воздействий, обеспечивая тем самым сохранность создаваемых саногенетических реакций и препятствуя рецидивированию патогенных локомоторных расстройств.

ВЫВОДЫ

Использование при лечении спондилогенных шейных компрессионно-радикулярных синдромов мануальной терапии, направленной на коррекцию патобиомеханических изменений, закрепление и усиление саногенетических реакций локомоторного аппарата, а также изометрической гимнастики, способствующей стабилизации результатов мануальных корригирующих воздействий, позволяют эффективно влиять на клинические проявления заболевания и нейрофизиологические показатели корешкового синдрома, повышая тем самым качество оказания помощи данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кавалерский Г.М. Анатомо-морфологическое обоснование стеноза межпозвонковых каналов шейного отдела позвоночника // Г.М. Кавалерский, А.Д. Ченский, В.И. Тельпухов, К.А. Жандаров – Мануальная терапия. – 2005. – № 4(20). – С.4-12.
2. Попелянский, Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология) // Я.Ю. Попелянский. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 672 с.
3. Saal, J.S. Nonoperative management of herniated cervical intervertebral disc with radiculopathy / J.S. Saal, J.A. Saal, E.F. Yurth // Spine. – 1996. – Vol. 21(16). – P. 1877-1883.
4. Хабиров Ф.А. Диагностический поиск и комплексная программа лечения болевого синдрома в спине // Ф.А. Хабиров, Э.И. Хузяшева, А.Г.Нугайбеков – Вертеброневрология. – 2005. – № 1-2. – С. 50-54.
5. Карпеев А.А. Мануальная терапия, диагностика и коррекция патобиомеханических изменений, возникающих при спондилогенных заболеваниях // А.А. Карпеев, А.Б. Ситель, А.А. Скоромец и др. // Методические рекомендации. – Москва, 2005. – 55 с.
6. Хабиров Ф.А. Лечение вертеброгенной боли / Ф.А. Хабиров, Ф.И. Девликамова // Лечение нервных болезней. – 2002. – № 1. – С. 3-9.
7. Никонов С.В. Мануальная терапия в комплексном лечении больных с компрессионными синдромами поясничного остеохондроза в зависимости от пространственного расположения межпозвонковых грыж // С.В. Никонов. Мануальная терапия. – 2005. – № 1(17). – С. 26-36.
8. Веселовский В.П. Клиническое и инструментальное обследование больных с вертеброгенными заболеваниями нервной системы // В.П. Веселовский, В.М. Романова, В.П. Третьяков. – Л., 1982. – 27-30 с.

РЕЗЮМЕ

В статье отражены результаты обследования и лечения 95 больных с шейными компрессионно-радикулярными синдромами. Целью исследования явилось изучение влияния мануальной терапии и лечебной гимнастики на клинические и электромиографические показатели при шейном вертеброрадикулярном конфликте. Проведенное исследование показало, что использование при лечении спондилогенных шейных компрессионно-радикулярных синдромов мануальной терапии, направленной на коррекцию патобиомеханических изменений, закрепление и усиление саногенетических реакций локомоторного аппарата, а также изометрической гимнастики, способствующей стабилизации результатов мануальных корригирующих воздействий, позволяют эффективно влиять на клинические проявления заболевания и нейрофизиологические показатели корешкового синдрома.

ABSTRACT

The results of investigation and treatment of 95 patients with cervical compressive radicular syndromes are presented in the article. The purpose of investigation was studying the influence of manual therapy and physical exercises on clinical and electromyography indices in patients with vertebral radicular conflict. It was established that using in patients with cervical compressive syndromes the manual therapy directed on correction of functional biomechanical disturbances and consolidation of sanogenetic reactions of locomotive system and the isometric physical exercises leading to stabilization of manual therapy results allow to improve the clinical and neurophysiologic indices of nerve root syndrome.

ЛИМФОТРОПНАЯ ФИТОРЕАБИЛИТАЦИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДКА

ГАСКИНА Т.К., ГОРЧАКОВ В.Н.

ГУ НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН, г. Новосибирск

АННОТАЦИЯ

С позиции современной лимфологии морфологически исследованы структуры желудка и регионарного лимфатического узла и дано обоснование лимфотропной фитореабилитации эрозивно-язвенной патологии желудка. Показано, что имеют место синхронные структурные реорганизации желудка и его лимфатического узла в их межорганный взаимодействие в зависимости от стадии язвенного процесса. В условиях фитокоррекции обеспечивается более быстрое восстановление целостности слизистой оболочки желудка после язвы при активной роли лимфатической системы в патогенезе и саногенезе.

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы профилактики, лечения и реабилитации остаются весьма актуальными для практической медицины из-за отсутствия оптимальных способов коррекции, сводящих к минимуму возможность рецидива заболевания [1]. В свою очередь, разработка действенных профилактических и лечебных мероприятий – не только медицинская, но и общесосударственная задача. Более чем полутравековая история учения о язвенной болезни свидетельствует о неоднократных попытках создания унитарной концепции этого заболевания (механическая, кислотно-пептическая, воспалительная, сосудистая и другие). Эти концепции базировались на научных достиже-