



СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ГРЫЖАХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

УДК 615.83.03:616.833.24-002].036.8

Зиняков Н.Н., к.м.н., врач невролог, мануальный терапевт высшей категории
ГУЗ Областная больница № 2, Ростов-на-Дону, Россия

Аннотация

В исследование было включено 102 больных (45 мужчин и 57 женщин) с шейными радикулопатиями, обусловленными наличием грыж межпозвонковых дисков. Целью исследования явилось изучение терапевтических эффектов, а также роли мануальной терапии и общей криотерапии при данной патологии. Контрольной явилась группа пациентов, получающая лекарственное лечение, в первой основной – наряду с медикаментозной применялась мануальная терапия, во второй основной – лечебный комплекс дополнялся общей криотерапией. Проведенное исследование показало, что применение мануальной терапии способствует разрешению диско-радикулярного конфликта, обеспечивая тем самым регресс корешковой симптоматики. Однако, наличие дисбаланса между антиноцицептивной и ноцицептивной системами с преобладанием тонуса последней, создает трудности в купировании болевого синдрома, даже после разрешения диско-радикулярного конфликта. Включение же в терапевтический комплекс общей криотерапии позволяет повысить эффективность лечения данной категории больных, за счет существенного анальгетического эффекта, связанного, с одной стороны, с миорелаксацией и блокадой проведения ноцицептивных стимулов от периферических рецепторов за счет их холодовой анестезии, а с другой, с воздействием на центральные противоболевые системы с повышением их тормозного влияния.

Введение

Лечение грыж межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника является одной из актуальных проблем современной медицины. Компрессионно-радикулярные синдромы являются частым и одним из наиболее тяжелых их проявлений [1,2]. Радикулярный синдром наиболее часто проявляется патобиомеханическими, объективными корешковыми и болевыми проявлениями. Для эффективной терапии данного состояния все они требуют своевременной и адекватной коррекции. Следует отметить, что болевой синдром у пациентов с шейной радикулопатией является одним из первых и основных синдромов, беспокоящих пациентов и снижающих качество их жизни. В связи с этим вопрос эффективного купирования боли является принципиальным в лечении радикулопатии [3]. В настоящее время существуют две точки зрения на патогенез боли при корешковом синдроме. При одной корешковая боль рассматривается как нейропатическая, то есть обусловленная генерацией болевых импульсов пораженным корешком [4,5], а при другой во главу угла ставится сенситизация периферических ноцицепторов и генерация ими болевых импульсов [6,7]. При этом известно, что поражение корешка может приводить к денервационной гиперсенситивности нейронов заднего рога, таламуса, первичной соматосенсорной коры. Сенситизация же нейронов центральной нервной системы ведет к снижению болевого порога, повышая тем самым генерирующую активность ноцицептивной системы. Повреждение корешковых структур также ведет к уменьшению ингибиторного влияния тормозных медиаторов, снижая тем самым активность антиноцицептивной системы. Это проявляется тем, что нейропатическая боль может сохраняться и после устранения явного первичного болевого раздражителя, то есть после разрешения вертебро-радикулярного конфликта [8]. Указанные обстоятельства диктуют необходимость разработки и применения при данной патологии технологий, обеспечивающих, с одной стороны, устранение первичного источника болевой импульсации, то есть направленных на зону вертебро-радикулярного конфликта, а с другой позволяющих воздействовать на разные уровни ноцицептивной и антиноцицептивной систем. При этом недостаточная эффективность применения лекарственной терапии при данной патологии, диктует необходимость совершенствования терапевтических технологий главным образом за счет применения патогенетически оправданных немедикаментозных методов лечения.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения мануальной терапии и общей аэрокриотерапии в коррекции вертеброневрологического и нейрофизиологического статуса при компрессионно-радикулярных синдромах, обусловленных грыжами межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника.

Материал и методы исследования

В исследование было включено 102 больных (45 мужчин и 57 женщин) со спондилогенными шейными радикулопатиями в возрасте от 29 до 65 лет. Магнитно-резонансная томография подтвердила у всех больных наличие грыж межпозвонковых дисков на шейном уровне. Их величина составила от 2 до 7 мм. Грыжи имели задне-латеральное направление у 68 (66,7%) больных, фораминальное – у 14 (13,7%), парамедианное – у 16 (15,7%) и медианное – у 4 (3,9%). У 52 (51%) больных грыжи располагались на уровне одного, у 21 (20,6%) – на уровне двух, у 15 (14,7%) – на уровне трех и у 14 (13,7%) – на уровне четырех дисков. Монорадикулярный синдром выявлялся в 67 (65,7%) наблюдениях, бирадикулярный – в 35 (34,3%). Отмечалось поражение C₆ (46,1%), C₇ (35,3%), C₈ (25,5%), C₅ (15,7%) и C₄ (10,8%) корешков. Продолжительность обострения у большинства пациентов не превышала 2 недель.

До и после лечения пациентам выполнялось классическое исследование неврологического статуса и вертеброневрологическое обследование. Степень выраженности боли определяли по визуальной аналоговой шкале. При определении выраженности проявлений радикулярного синдрома мышечную силу оценивали по 5-бальной [9], рефлекторные, тонические и чувствительные нарушения по 6-бальной шкале [10]. О выраженности вертебрального синдрома судили используя коэффициенты выраженности вертебрального синдрома, мышечного тонуса, мышечной болезненности и вибрационной отдачи [11].

Для объективизации состояния корешкового сегмента использовали стимуляционную электронейромиографию (ЭНМГ). 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.

Количественную оценку болевого порога у пациентов и его динамику под воздействием проводимой терапии осуществляли на основании изучения показателей ноцицептивного флексорного рефлекса, вызываемого с короткой головки двуглавой мышцы бедра при электрической стимуляции икроножного нерва. При этом оценивали ряд показателей: порог ноцицептивного рефлекса (Пр), порог субъективной боли (Пб) и коэффициент Пб/Пр [12].

Математическая обработка полученных данных выполнялась на персональном компьютере с применением прикладной статистической программы "Statistica for windows" версии 6.0. 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 в зависимости от проведенного курса лечения были разделены на три группы (контрольную и две основных). В контрольной группе (30 больных или 29,4%) применялось стандартное медикаментозное лечение (анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, миорелаксанты, антиконвульсанты, нейропротекторы).

В первой основной группе (37 больных или 36,3%) наряду с лекарственным лечением использовалась мануальная терапия, направленная на ликвидацию диско-радикулярного конфликта. Мануальная терапия на шейном отделе позвоночника проводилась с учетом выявленных особенностей вертебральной биомеханики. При этом она была направлена на закрепление саногенетических реакций шейных позвоночно-двигательных сегментов и способствовала

уменьшению выраженности вертебро-радикулярного конфликта [13]. Наряду с этим проводилась мобилизация ключевых зон, крестцово-подвздошного сустава на стороне блока. Посредством применения мягкотканых техник устранялись миофасциальные нарушения в цервикомембральных мышцах, мышцах туловища и таза, что также способствовало улучшению биомеханики шейного региона. Указанные воздействия применяли ежедневно, с первого дня, в количестве 8–10 сеансов.

Во второй основной группе (35 пациента или 34,3%) к медикаментозному лечению и мануальной терапии была добавлена общая аэрокриотерапия в криокамере закрытого контурного типа «Криомед-01 С». Перед проведением каждой процедуры пациенту проводился общий осмотр, пульсовая диагностика и измерение артериального давления. Затем больного в шерстяных носках, варежках, плавках (мужчины), плавках и бюстгальтере (женщины) помещали в криокамеру в максимально возможном удобном положении. Далее непосредственно осуществлялось криогенное воздействие со следующими параметрами: температура -110–130°C, экспозиция 120 секунд с последующей фазой «плато» (повышение температуры при выключенном компрессоре до -80 °C). Затем пациент покидал кабину. Ему измерялись пульс и артериальное давление. Процедуры проводились ежедневно один раз в день. Курс лечения состоял из 10 процедур.

Результаты исследования

Анализ показателей стимуляционной ЭНМГ выявил типичные для корешкового синдрома изменения в виде снижения амплитуды максимального М-ответа на 49,3% ($p < 0,01$), увеличения латентного периода F-ответа на 37,5% ($p < 0,01$), показателя F-блоковки на 35,6% ($p < 0,05$), и уменьшения отношения амплитуды F-волны к амплитуде М-ответа на 31,5% ($p < 0,05$).

При оценке результатов исследования ноцицептивного флексорного рефлекса было выявлено, что у пациентов с шейными дискогенными радикулопатиями отмечается снижение значений показателя болевого порога – на 42,3% ($p < 0,01$) и коэффициента Пб/Пр – на 41,5% ($p < 0,01$). Это показывает, что уже в начале обострения при компрессионных корешковых синдромах, обусловленных грыжами дисков шейного отдела позвоночника, развивается дисбаланс между активностью антиноцицептивной и ноцицептивной системам с преобладанием тонуса последней. Это затрудняет терапию данной категории больных и делает их более резистентными к использованию терапевтических подходов, направленных только на устранение диско-радикулярного конфликта.

При оценке результатов проведенного лечения было выявлено, что показатель степени выраженности боли по визуальной аналоговой шкале снижался после медикаментозного лечения на 17,9% ($p < 0,05$), сочетанного применения лекарственной и мануальной терапии на 49,7% ($p < 0,01$), а при добавлении в лечебный комплекс общей аэрокриотерапии – на 95,7% ($p < 0,001$). Таким образом, снижение выраженности данного показателя было максимальным во второй основной группе и было выражено на 46% ($p < 0,01$) больше по сравнению с первой основной и на 77,8% ($p < 0,001$) по сравнению с контролем. Показатель эффективности купирования боли превосходил в первой основной группе показатели контроля на 31,8% ($p < 0,05$). Следует отметить, что при применении мануальной терапии основной прирост анальгетического эффекта отмечался после первых 4–5 сеансов. В дальнейшем динамика болевого синдрома в целом и прирост анальгетического эффекта от сеанса к сеансу были выражены в меньшей степени.

Изучение динамики показателя мышечной силы выявило его повышение после лечения у пациентов контрольной группы лишь на 9,2% ($p < 0,05$), в первой основной – на 39,7% ($p < 0,01$), а у больных второй основной группы на 42,9% ($p < 0,01$). Достоверных отличий между показателями основных групп выявлено не было. Это указывает на то, что явления аксонопатии обусловлены главным образом травматизацией корешка при диско-радикулярном конфликте и начинают регрессировать при использовании лечебных мероприятий, направленных, главным образом, на его разрешение. При этом основным методом, обеспечивающим ликвидацию компрессионного корешкового воздействия, являлась мануальная коррекция патобиомеханических изменений.

При оценке динамики показателей выраженности рефлекторных, тонических и чувствительных нарушений было установлено, что данные показатели снижались после лекарственного лечения на 4,3% ($p > 0,05$), 5,2% ($p > 0,05$) и 7,3% ($p < 0,05$), а после сочетанного применения медика-

ментозной и мануальной терапии соответственно на 27,6% ($p < 0,05$), 26,9% ($p < 0,05$) и 24,3% ($p < 0,05$). При добавлении в лечебный комплекс общей криотерапии выраженность данных показателей снижалась на 29,7% ($p < 0,05$), 27,2% ($p < 0,05$) и 25,1% ($p < 0,05$) соответственно. Достоверных отличий между первой и второй основными группами по данным показателям не выявлено. Таким образом, очевидным становится факт, что общая криотерапия, как и лекарственное лечение, не влияют существенным образом на зону диско-радикулярного конфликта, а основным декомпрессирующим фактором является мануальная терапия.

Оценка динамики выраженности вертебрального синдрома показала, что коэффициент выраженности вертебрального синдрома снижался после лечения в контрольной группе на 15,7% ($p < 0,05$), в первой основной – на 67,3% ($p < 0,001$), во второй основной – на 84,1% ($p < 0,001$), показатель мышечного тонуса – на 16,3% ($p < 0,05$), 69,7% ($p < 0,01$) и 85,1% ($p < 0,001$), мышечной болезненности – на 14,9% ($p < 0,05$), 66,9% ($p < 0,01$) и 84,8% ($p < 0,001$) и вибрационной отдачи – на 17,1% ($p < 0,05$), 65,7% ($p < 0,01$) и 83,5% ($p < 0,001$) соответственно. Таким образом, снижение выраженности этих показателей было более выраженным во второй основной группе – на 16,8% ($p < 0,05$), 15,4% ($p < 0,05$), 17,9% ($p < 0,05$) и 17,8% ($p < 0,05$) по сравнению с первой основной и на 68,4% ($p < 0,01$), 68,8% ($p < 0,01$), 69,9% ($p < 0,001$) и 66,4% ($p < 0,01$) по сравнению с контролем соответственно. Динамика данных показателей показала, что в наибольшей степени коррекцию патобиомеханических изменений обеспечивает мануальная терапия. Общая криотерапия обладает дополнительным потенциалом в купировании мышечно-тонических нарушений, вызванных диско-радикулярным конфликтом, что может быть связано, с мощным блокирующим воздействием на периферические рецепторы, усиливающим лечебные механизмы мышечной релаксации.

Анализ динамики показателей стимуляционной ЭНМГ показал, что амплитуда максимального М-ответа повышалась после лекарственного лечения на 8,3% ($p < 0,05$), сочетанного применения медикаментозной и мануальной терапии на 40,7% ($p < 0,01$), латентный период F-ответа уменьшался на 4,3% ($p > 0,05$) и 31,2% ($p < 0,05$), величина F-блоковки – на 3,5% ($p > 0,05$) и 32,1% ($p < 0,05$), а отношение амплитуды F-волны к амплитуде М-ответа увеличивалось на 5,2% ($p < 0,05$) и 28,3% ($p < 0,05$) соответственно. Достоверных отличий по данным показателям между пациентами первой и второй основной группы выявлено не было.

Оценка динамики показателей ноцицептивного флексорного рефлекса показала, что в группе пациентов, получающих только лекарственную терапию, порог боли и коэффициент Пб/Пр повышались незначительно (на 5,2% ($p < 0,05$) и 6,3% ($p < 0,05$) соответственно). При совместном использовании мануальной и медикаментозной терапии порог боли повышался на 20,1% ($p < 0,05$), а коэффициент Пб/Пр – на 19,8% ($p < 0,05$), а при добавлении в лечебный комплекс общей криотерапии на 40,1% ($p < 0,01$) и 39,3% ($p < 0,05$) соответственно. Таким образом, динамика данных показателей была выше во второй основной группе на 20% ($p < 0,05$) и на 19,5% ($p < 0,05$) соответственно по сравнению с первой основной.

Обсуждение

Проведенное исследование показало, что существуют некоторые особенности нейрофизиологического статуса при шейных дискогенных радикулопатиях, требующие соответствующей коррекции. Так, у пациентов с данной патологией на ранних стадиях обострения регистрируются нарушения баланса между ноцицептивной и антиноцицептивной системами, что проявляется в виде снижения болевого порога. Это приводит к тому, что устранение диско-радикулярного конфликта, проявляющееся в положительной динамике клинических и параклинических симптомов корешкового синдрома, является недостаточным для эффективного купирования болевого синдрома. Исследование показало, что мануальная терапия, действуя на патобиомеханические изменения, является эффективным методом коррекции мышечно-тонических нарушений, а также, сохраняя и усиливая биомеханические саногенетические реакции шейного региона и создавая оптимальные позиции позвонков на уровне пораженных позвоночно-двигательных сегментов, обеспечивает разрешение вертебро-радикулярного конфликта. Такие эффекты мануальной терапии являются чрезвычайно важными в ликвидации биомеханических и неврологических расстройств, но недостаточными для полноценного купирования болевого синдрома.

При изучении эффектов общей аэрокриотерапии при лечении пациентов с шейными вертеброгенными компресси-

онными радикулопатиями в острой стадии было установлено, что использование данного метода позволяет повысить эффективность терапии данной категории больных. При этом наиболее отчетливо прослеживается анальгетический эффект криотерапии, что проявляется соответствующей динамикой показателя выраженности боли по визуальной аналоговой шкале. Также выявляется повышение болевого порога, что отражается в динамике показателей ноцицептивного флексорного рефлекса. Влияние общей криотерапии на показатели вертебрального синдрома выражено в меньшей степени. Минимальной является динамика объективной корешковой симптоматики.

Прирост анальгетического эффекта при использовании криокамеры составляет около 45%. Это может обуславливаться поливалентными эффектами общей криотерапии, которые в целом могут способствовать снижению ноцицептивной импульсации и повышению активности антиноцицептивной системы. Так известно, что кожные рецепторы отвечают на охлаждение фазовой реакцией с кратковременной первичной фазой возбуждения и длительной вторичной фазой – нарастающим торможением, что вызывает замедление или полную блокаду проведения нервных импульсов [14]. Установлен также миорелаксирующий эффект криотерапии. Поскольку кратковременное воздействие криогенного газа не вызывает непосредственного существенного снижения температуры мышц и нервных стволов, очевидно, что миорелак-

сирующий эффект опосредован рефлекторно через экстерорецепторный аппарат кожи и гаммамотонейронную систему. Охлаждение кожи, возникающее под влиянием криогенного газа, вполне достаточно для минимизации функциональной активности экстерорецепторов кожи, снижения моносинаптической возбудимости спинного мозга и моторной реакции. Это обеспечивает миорелаксацию и снятие мышечных спазмов [15]. По литературным данным, при экстремальном охлаждении резко повышается выработка эндорфинов, обладающих мощным обезболивающим действием, седативным и умеренным эйфоризирующим эффектом [14, 16].

Выводы

Проведенное исследование показало, что использование мануальной терапии и общей криотерапии при лечении больных с дискогенными компрессионными шейными радикулопатиями позволяет существенно повысить эффективность терапии данной категории больных. При этом мануальная терапия обеспечивает эффективную коррекцию патобиомеханических изменений и разрешение диско-радикулярного конфликта. Включение в лечебный комплекс общей криотерапии позволяет повысить эффективность лечения за счет существенного анальгетического эффекта, связанного, с одной стороны, с миорелаксацией и блокадой проведения ноцицептивных стимулов от периферических рецепторов за счет их холодовой анестезии, а с другой, с воздействием на центральные противоболевые системы с повышением их тормозного влияния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кавалерский Г.М., Ченский А.Д., Тельпухов В.И., Жандаров К.А. Анатомо-морфологическое обоснование стеноза межпозвоночных каналов шейного отдела позвоночника // Мануальная терапия. – 2005. – № 4(20). – С.4-12.
2. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). – М.: МЕДпресс-информ. – 2003. – 672 с.
3. Карлов В.А. Механизмы боли при корешковой компрессии // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – Т. 97, № 3. – С. 4-6.
4. Chen C., Cavanaugh J.M., Song Z. et al. Effects of nucleus pulposus on nerve root neural activity, mechanosensitivity, axonal morphology and sodium channel expression // Spine. – 2004. – Vol. 29, № 1. – P. 17-25.
5. Winkelstein B.A., DeLeo J.A. Nerve root injury severity differentially modulates spinal glial activation in a rat lumbar radiculopathy model: considerations for persistent pain // Brain research. – 2002. – Vol. 956. – P. 294-301.
6. Kuslich S.D., Ulstrom C.L., Michael C.J. The tissue origin of low back pain and sciatica: a report of pain response to tissue stimulation during operation on the lumbar spine using local anesthesia // Orthop. Clin. North Am. – 1991. – Vol. 22. – P. 181-187.
7. Swezey R.L. Chronic neck pain // Rheumatic Diseases Clinics of North America. – 1996. – Vol. 22, № 3. – P. 411-437.
8. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы. – М.: Медицина. – 2003. – Т. 1. – 744 с.
9. Хабиров Ф.А., Девликамова Ф.И. Лечение вертеброгенной боли // Лечение нервных болезней. – 2002. – № 1. – С. 3-9.
10. Никонов С.В. Мануальная терапия в комплексном лечении больных с компрессионными синдромами поясничного остеохондроза в зависимости от пространственного расположения межпозвоночных грыж // Мануальная терапия. – 2005. – № 1 (17). – С. 26-36.
11. Веселовский В.П., Романова В.М., Третьяков В.П. Клинический и инструментальный обследование больных с вертеброгенными заболеваниями нервной системы. – Л. – 1982. – 27-30 с.
12. Данилов А.Б., Данилов Ал.Б., Вейн А.М. Ноцицептивный флексорный рефлекс: метод изучения церебральных механизмов боли // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1996. – № 1. – С. 107-112.
13. Зиняков Н.Н., Зиняков Н.Т. Биомеханическая коррекция функциональных локомоторных расстройств при шейных компрессионных синдромах // Мануальная терапия. – 2009. – № 3(35). – С. 20-24.
14. Баранов А.Ю., Кидалов В.Н. Лечение холодом. – М. – 2000. – 160 с.
15. Григорьева В.Д., Суздальницкий Д.В. Криотерапия // Вопр. курортол. – 1991. – № 5. – С. 65-71.
16. Чернышев И.С., Алехин А.И., Денисов Л.Н. и др. Криогенная азототерапия в современной медицине. – М. – 2006. – 28 с.

РЕЗЮМЕ

В исследование было включено 102 больных (45 мужчин и 57 женщин) с дискогенными шейными радикулопатиями. Целью исследования явилось изучение влияния мануальной терапии и общей криотерапии на клинические и нейрофизиологические показатели при шейном вертебро-радикулярном конфликте в острой стадии. Контрольной явилась группа пациентов, получавшая лекарственное лечение, в первой основной наряду с медикаментозной применялась мануальная терапия, во второй основной – лечебный комплекс дополнялся общей криотерапией. Проведенное исследование показало, что использование мануальной терапии и общей криотерапии при лечении больных с дискогенными компрессионными шейными радикулопатиями позволяет существенно повысить эффективность терапии данной категории больных. При этом мануальная терапия обеспечивает эффективную коррекцию патобиомеханических изменений и разрешение диско-радикулярного конфликта. Общая криотерапия обладает существенным анальгетическим эффектом, связанным, с одной стороны, с миорелаксацией и блокадой проведения ноцицептивных стимулов от периферических рецепторов за счет их холодовой анестезии, а с другой, с воздействием на центральные противоболевые системы с повышением их тормозного влияния.

Ключевые слова: мануальная терапия, общая криотерапия, шейные радикулопатии, электронейромиографические показатели, ноцицептивный флексорный рефлекс.

ABSTRACT

One hundred and two patients with discogenic cervical radiculopathies were included in the investigation. The aim of the present investigation was to study the influence of the manual therapy and general criotherapy at the clinical and neurophysiological indices in patients with acute stage of vertebra-radicular conflict. Patients were divided into 3 groups: in control one medical treatment was used, in first experimental – manual therapy and in second experimental group – manual therapy and criotherapy were added into the complex. It was found that use of manual and criotherapy increase the efficacy of treatment of patients with cervical compressive radicular syndromes. Manual therapy provides the effective correction of pathobiomechanical changes and leads to breaking of disco-radicular conflict. General criotherapy has analgesic effect caused by muscular relaxation, blockade of nociceptive impulses' passage and influence at central antinociceptive systems.

Key words: cervical radiculopathies, general cryotherapy, manual therapy, neuromyographic indices, nociceptive flexor reflex.

Контакты

Зиняков Николай Николаевич. Адрес: 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-ой Конной Армии, 33 (рабочий) 344068, г. Ростов-на-Дону, ул. Меотская, 3 (домашний). E-mail: drzinyakov@mail.ru. Тел.: 8-918-518-2875; 8-(863)-298-35-20