СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

УДК 615.828:615.27:615.032:616.711

¹Комлева Н.Е.: руководитель клинического, к.м.н.;²Марьяновский А.А.: научный руководитель, д.м.н., профессор;³Шоломов И.И.: заведующий кафедрой нервных болезней, д.м.н., профессор;⁴Меденцов В.В.: младший научный сотрудник клинического отдела.¹ФБУН «Саратовский научно-исследовательский институт сельской гигиены Роспотребнадзора», г. Саратов²ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», г. Саратов³ЗАО «Арнебия», г. Москва

Введение

Выраженные клинические проявления вертеброневрологических заболеваний наблюдаются, как правило, в период активной трудовой деятельности и представляют одну из наиболее частых причин временной нетрудоспособности. Неуклонный рост числа больных с данной патологией, значительные финансовые затраты на лечение пациентов, рецидивирующий характер течения вертеброневрологических заболеваний с тенденцией к прогрессивности, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики ставят решение данных проблем в один ряд с важнейшими научно-практическими задачами медицины. При этом выбор оптимальных восстановительно-реабилитационных мероприятий следует осуществлять с учётом минимизации возможного отрицательного влияния медикаментозной терапии [1]. Для сокращения сроков лечения, повышения эффективности и увеличения периода ремиссии, основываясь на собственном опыте и данные анализа научных публикаций, нами разработан стандартизированный алгоритм мануальной терапии [2, 3, 4] и оптимизирован метод фармакопунктуры для больных с вертеброневрологическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника [5, 6].

Целью данного исследования было совершенствование реабилитационных мероприятий и изучение их эффективности в терапии больных с вертеброневрологическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материал и методы исследования

С целью изучения эффективности разработанных реабилитационных программ для пациентов с вертеброневрологическими заболеваниями под наблюдением находилось 186 пациентов в возрасте от 23 до 67 лет с установленными диагнозами люмбагия, люмбоишиалгия или пояснично-крестцовая радикулопатия и отсутствием противопоказаний к проведению мануальной терапии и фармакопунктуры. Все участники исследования в ходе рандомизации были разделены на три группы в зависимости от вида терапевтического воздействия – I, II и III. **Первую группу – контрольную, составили пациенты, которые находились на стандартной терапии (54 человека),** больные II группы получали курс мануальной терапии по разработанной схеме (64 человека), пациенты III группы – **лечение методом фармакопунктуры (68 человек).** Пациентам II группы сеансы мануальной терапии были назначены в составе комплексного стандартного лечения (медикаментозные средства – НПВС, стероидные препараты, миорелаксанты, витамины группы В и физиотерапевтические процедуры). Больные III группы получали лечение только в виде фармакопунктуры, при этом анальгетические препараты им были рекомендованы для принятия «по требованию», при выраженном болевом синдроме.

Мануальную терапию проводили в определённом алгоритме, осуществляя коррекцию биомеханики независимо от локализации выявленных нарушений в пределах пояснично-крестцового отдела позвоночника. Курс мануальной терапии составлял четыре сеанса – на первый день после клинко-инструментального обследования (для исключения противопоказаний), на 5-й, 8-й и 12-й день.

Для фармакопунктуры применяли антигомотоксические препараты Плацента Композитум, Коэнзим Композитум и Убихинон Композитум. Обоснованием выбора данных препаратов послужили особенности патогенеза вертеброневрологических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника. При этом, учитывая, что Коэнзим Композитум и Убихинон Композитум не являются специфическими препаратами для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, при их назначении мы руководствовались особенностями их состава и доказанной терапевтической эффективностью при хронических заболеваниях, к которым относится изучаемая патология. Препараты вводили в симметрично расположенные биологически активные точки (БАТ) поэтапно. Вначале инъекция осуществлялась внутрикожно до образования папулы размером около 5 мм, затем через центр папулы игла вводилась на глубину около 10 мм и смесь инъецировалась в объёме от 0,2 до 0,5 мл в зависимости от числа задействованных точек. Выбор БАТ осуществляли в соответствии с принципами рефлексотерапии и приоритетными являлись БАТ меридиана мочевого пузыря (V 22-30, 53, 54, 55, 60, 62), меридиана желудка (E 36), заднего срединного меридиана (VG 3, 4, 5). Курс фармакопунктуры составлял 14 дней, частота сеансов – 3 раза в неделю (через один день).

Для определения эффективности изучаемых методов лечения оценивали клинические проявления вертеброневрологических заболеваний (ограничение латерофлексии и ротации, мышечный спазм, болезненность остистых отростков и паравертебральных точек, нарушение чувствительности и походки, иррадиацию в нижние конечности) и степень нарушения жизнедеятельности до лечения и на 30-31-й день терапии. Коэффициент боли (к), объективизирующий степень выраженности болевого синдрома, рассчитывали с помощью метода, разработанного сотрудниками Саратовского НИИ травматологии и ортопедии (авторы: Меламуд Э.Е., Нинель В.Г., Лившиц Л.Я.) [7]. Для оценки клинических проявлений вертеброневрологических заболеваний применяли бинарные показатели. Исследование проводилось в соответствии с принципами биоэтики, выбывших из исследования не было.

Для статистического анализа применяли непараметрический метод сравнения независимых групп Краскела-Уоллиса, Манна-Уитни, определяли доверительный интервал (ДИ) для разности относительных ча-

стот, критерий χ^2 с поправкой Йетса с использованием ППП Statistica.

Результаты и их обсуждение

Несмотря на то, что формирование групп проводилось с применением рандомизации, мы провели статистический анализ на сопоставимость групп по частоте симптомов вертебронеурологических заболеваний, в ходе которого установлено, что на начало исследования группы наблюдения по всем изучаемым показателям не имели статистически значимых различий ($p > 0,05$).

В ходе опроса было установлено, что из III группы два пациента принимали НПВС для купирования болевого синдрома (однократно и двукратно соответственно). Для изучения зависимости динамики состояния больных с вертебронеурологическими заболеваниями от вида терапии, была построена таблица абсолютных частот парных наблюдений для сравнения частот бинарного признака в двух связанных группах - до лечения и на 30-31-й день терапии (табл. 1).

На основании определения доверительного интервала для разности относительных частот установлено, что такой симптом, как нарушение походки, не имеет различий до лечения и на 30-31-й день терапии у пациентов I и II групп наблюдения. Т.е., ни стандартная терапия, ни мануальная терапия не оказали значимого влияния на данный показатель. Нарушение чувствительности не имело различий до лечения и на 30-31-й день терапии только в I группе, больные которой получили стандартную терапию. Все остальные изучаемые клинические проявления вертебронеурологических заболеваний в группах обследуемых имели различия в определённые нами отрезки времени.

Для изучения состояния больных с вертебронеурологическими заболеваниями в группах наблюдения на 30-31-й день терапии была построена таблица сопряженности для сравнения частот бинарного признака в трех несвязанных группах - I, II и III (табл. 2). Для анализа различия частот в двух независимых группах объектов исследования применяли критерий χ^2 с поправкой Йетса.

Так же нами был изучен аналгетический эффект применяемых методов лечения. С помощью непараметрического метода сравнения независимых групп

Краскела-Уоллиса выявлено, что до лечения все группы были сопоставимы по степени интенсивности болевого синдрома ($p > 0,05$). С учётом проблемы множественных сравнений при анализе данных был установлен более жёсткий контроль статистической значимости ($p < 0,01$). Анализ показателей, характеризующих интенсивность болевого синдрома на 30-31 день терапии, выявил статистически значимую разницу между группами наблюдения ($p = 0,000$ для критерия Краскела-Уоллиса), что свидетельствует о разной степени эффективности применяемых методов терапевтического воздействия и обосновывает проведение парного сравнения групп с использованием непараметрического теста Манна-Уитни с поправкой Бонферрони (табл. 3).

Как видно из данных, представленных в таблице, коэффициент болевого синдрома у пациентов I группы, которые находились на стандартной терапии, на 30-31-й день терапии был равен $34,6 \pm 1,6$. При этом установлена статистически значимая разница интенсивности болевого синдрома на 30-31-й день терапии при сравнении данных I и II, I и III групп ($p = 0,00$), в которых коэффициент болевого синдрома был равен $20,4 \pm 1,7$ и $14,4 \pm 1,1$ соответственно. Между II и III группами отсутствует статистически значимая разница показателей, отражающих интенсивность болевого синдрома ($p = 0,07$), что свидетельствует о сопоставимой терапевтической эффективности и аналгетическом действии мануальной терапии и фармакопунктуры.

Установленный нами временной отрезок для оценки эффективности терапии (30-31-й день терапии) принят с учётом того, что для регресса отдельных изучаемых клинических проявлений вертебронеурологических заболеваний необходим достаточный период для репаративных изменений, которые не могут купироваться за 14 дней, в течение которых длится лечение пациентов.

Анализ динамики клинических проявлений у больных с вертебронеурологическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника в зависимости от вида терапии (до лечения и на 30-31-й день терапии) свидетельствует о том, что наилучшие показатели, характеризующие терапевтическую эффективность изучаемых методов реабилитации, достигнуты у

Таблица 1. Динамика симптомов вертебронеурологических заболеваний до лечения на 30-31-й день терапии (таблица абсолютных частот парных наблюдений)

Симптомы	До лечения	I группа (n=54)		ДИ	II группа (n=64)		ДИ	III группа (n=68)		ДИ
		На 30-31-й день терапии			На 30-31-й день терапии			На 30-31-й день терапии		
		Есть	Нет	Есть	Нет	Есть	Нет	Есть	Нет	
Ограничение ЛФ	есть	9	31	[0,44; 0,70]	2	45	[0,59; 0,81]	2	47	[0,57; 0,79]
	нет	0	14		0	17		0	19	
Ограничение ротации	есть	9	33	[0,48; 0,74]	2	45	[0,59; 0,81]	1	50	[0,63; 0,84]
	нет	0	12		0	17		0	17	
Мышечный спазм	есть	8	44	[0,52; 1,11]	2	61	[0,90; 1,0]	2	65	[0,91; 1,0]
	нет	0	2		0	1		0	1	
Болезненность ПВТ	есть	10	37	[0,57; 0,80]	3	55	[0,65; 1,07]	3	57	[0,35; 0,52]
	нет	0	7		0	6		0	8	
Нарушение чувств-ти	есть	8	4	[0; 0,14]	4	12	[0,09; 0,29]	3	16	[0,13; 0,34]
	нет	0	42		0	48		0	49	
Иррадиация в ногу	есть	7	6	[0,03; 0,19]	1	17	[0,15; 0,37]	1	19	[0,17; 0,39]
	нет	0	41		0	46		0	48	
Нарушение походки	есть	6	8	[-,06; 0,14]	0	19	[-0,08; 0,14]	0	20	[0,19; 0,40]
	нет	0	40		0	45		0	48	

Примечание: ДИ – доверительный интервал для разности относительных частот встречаемости у больных симптомов вертебронеурологических заболеваний до лечения и на 30-31-й день терапии. Если ДИ не содержит нуля, то можно с уверенностью, соответствующей ДК=95% утверждать, что различия относительных частот до- и на 30-31-й день терапии существуют; ЛФ – латерофлексия, ПВТ – паравертебральные точки.

Таблица 2. Динамика симптомов вертебрoneврологических заболеваний у пациентов с вертебрoneврологическими заболеваниями в зависимости от терапии (четырёхпольная таблица абсолютных частот)

Симптомы		I группа (n=54)	II группа (n=64)	III группа (n=68)	p ₁	p ₂	p ₃
Ограничение латерофлексии	Есть	9	2	1	0,02*	0,007*	0,96
	Нет	45	62	67			
Ограничение ротации	Есть	9	2	2	0,03*	0,02*	0,66
	Нет	45	62	66			
Мышечный спазм	Есть	8	4	3	0,22	0,09	0,93
	Нет	46	60	65			
Болезненность паравертебр. точек	Есть	10	3	3	0,04*	0,03*	0,73
	Нет	44	61	65			
Нарушение чувствительности	Есть	7	1	1	0,04*	0,03*	0,51
	Нет	47	63	67			
Иррадиация в ногу	Есть	6	0	0	0,02*	0,02*	0,98
	Нет	48	64	68			
Нарушение походки	Есть	9	5	3	0,23	0,05*	0,65
	Нет	45	59	65			

Примечание: p₁; p₂; p₃ - уровни достоверности статистического критерия χ^2 с поправкой Йетса при сравнении пациентов I и II, I и III, II и III групп соответственно на 30-31-й день терапии; * - статистически значимые результаты.

Таблица 3. Динамика болевого синдрома жизнедеятельности у больных с вертебрoneврологическими заболеваниями в зависимости от терапевтического воздействия (M±m)

Группы наблюдения	До лечения	На 30-31-й день терапии	Me (LQ; UQ) на 30-31-й день терапии	Значение p для критерия Манна-Уитни на 30-31-й день терапии
	M±m			
I группа (n=54)	56,3±1,5	34,6±1,6	39 (36; 41)	p*=0,00; p**=0,07; p***=0,00
II группа (n=64)	57,4±2,0	20,4±1,7	23 (7; 30)	
III группа (n=68)	59,7±1,8	14,4±1,1	8 (4; 25)	

Примечание: * - уровень достоверности статистического критерия Манна-Уитни при сравнении I и II групп на 30-31-й день терапии; ** - уровень достоверности статистического критерия Манна-Уитни при сравнении II и III групп на 30-31-й день терапии; *** - уровень достоверности статистического критерия Манна-Уитни при сравнении I и III групп на 30-31-й день терапии.

пациентов, которые получали лечение методом фармакопунктуры.

Сравнение частот клинических проявлений вертебрoneврологических заболеваний у пациентов групп наблюдения на 30-31 день терапии показало, что отсутствует статистически значимая разница между показателями II и III групп. Вышеизложенное свидетельствует о сопоставимом терапевтическом эффекте методов мануальной терапии и фармакопунктуры, которые были назначены пациентам данных групп. При сравнении результатов лечения между I и II группами пациентов установлены статистически значимые различия по всем изучаемым клиническим проявлениям, за исключением таких симптомов, как мышечный спазм и нарушение походки. Сопоставив абсолютные частоты симптомов на 30-31-й день терапии в I и III группах, выявлено, что только по частоте мышечного спазма отсутствует статистически значимая разница.

Результаты анализа динамики болевого синдрома у пациентов групп наблюдения так же свидетельствуют о

том, что включение в состав комплексной терапии курсов мануальной терапии и фармакопунктуры способствует выраженному анальгетическому эффекту по сравнению со стандартной медикаментозной терапией.

Заключение

Проблема реабилитации пациентов с вертебрoneврологическими заболеваниями во многом определяется особенностями саногенетических реакций, реализованных на уровне различных систем целостного организма и направленных на купирование возникших морфофункциональных нарушений. На основании накопленного личного опыта нами были разработаны пути оптимизации реабилитационных мероприятий для лечения пациентов с данной патологией. Для этого мы совершенствовали и стандартизировали такие методы как мануальная терапия и фармакопунктура. В ходе исследования была установлена высокая терапевтическая эффективность разработанных методов реабилитации, что подтверждено регрессом неврологической симптоматики и выраженным анальгетическим действием.

Список литературы:

1. Разумов А.Н., Бобровникий И.П., Шакула А.В. Служба восстановительной медицины и её роль в охране здоровья населения // Вестник восстановительной медицины. - 2003. - №4. - С. 3-5.
2. Lewit K., Janda V. Entwicklung von Gefuegestoerungen der Wirbelsaule im Kindesalter und die Grundlagen einer Pravention vertebraenger Beschwerden // Hippokrates - 1963. - Bd. 34. - S. 308.
3. Wolf J. The reverse deformation of the joint cartilage surface and its possible role in joint blockage // In: Functional Pathology of the Motor System. Rehabilitacia. - Bratislava: Obzor, 1975 - Suppl. 10-11. P. 30.
4. Иваничев Г.А. Мануальная медицина. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 486 с.
5. Марьяновский А.А., Комлева Н.Е., Спиринов В.Ф. Опыт реабилитации больных с дорсалгией, имеющих сопутствующие заболевания органов пищеварения. / Вестник новых медицинских технологий. - 2009. - Т. XVI. - №2. - С. 245-247.
6. Зилов В.Г. Гомеопатия с позиции современной медицинской науки // Вестник Российской академии медицинских наук: ежемесячный научно-теоретический журнал / Российская академия медицинских наук. 2008. - №10. - С.51-55.
7. Меламуд Э.Е., Нинель В.Г. Методика объективной оценки степени интенсивности хронической боли // Методические рекомендации. Саратов, 1991. - 19 с.

Резюме

Нами разработаны пути оптимизации реабилитационных мероприятий для лечения пациентов с вертеброневрологическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника. Для этого мы совершенствовали и стандартизировали такие методы, как мануальная терапия и фармакопунктура. С целью изучения эффективности разработанных реабилитационных программ для пациентов с вертеброневрологическими заболеваниями под наблюдением находилось 186 больных в возрасте от 23 до 67 лет с установленными диагнозами люмбагия, люмбоишиалгия или пояснично-крестцовая радикулопатия. В ходе исследования была установлена высокая терапевтическая эффективность разработанных методов реабилитации, что подтверждено регрессом неврологической симптоматики и выраженным анальгетическим действием.

Ключевые слова: вертеброневрология, восстановительное лечение, мануальная терапия, фармакопунктура.

Abstract:

Objective: to improve the rehabilitation of patients with diseases lumbosacral spine. For this purpose we have developed an algorithm and optimized manual therapy pharmacopuncture. The article presented of the clinical examination of 186 patients 23 to 67 years with diseases lumbosacral spine. The efficiency of the studied treatments.

Key words: vertebro neurology, medical rehabilitation, manual therapy, pharmacopuncture.

Контакты:

1. Комлева Наталия Евгеньевна. Служебный адрес: 410053 Саратов, ул. Заречная, д.1 «а»; e-mail: NEKomleva@yandex.ru

2. Марьяновский Андрей Александрович. E-mail: marjanovsky@arnebia.ru

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЩИХ ВАНН С БИОЛОНГОМ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

УДК 615.834:616.2-008

Айрапетова Н.С.: руководитель отдела восстановительной пульмонологии, д.м.н.;

Рассулова М.А.: заместитель директора по лечебной работе, д.м.н., проф.;

Нитченко О.В.: соискатель.

ФГУ «РНЦ восстановительной медицины и курортологии Минздравсоцразвития России», г. Москва

Введение.

Проблема повышения эффективности лечения больных с обструктивной патологией органов дыхания - хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА) является одной из приоритетных в медицине. Обструктивные болезни легких занимают лидирующие позиции по распространенности, инвалидности, занимают четвертое место среди причин смерти и наносят значительный экономический ущерб, связанный с временной и стойкой утратой трудоспособности населения [2,3]. В основе БА и ХОБЛ лежит бронхиальная обструкция, обусловленная воспалительной инфильтрацией слизистой оболочки бронхов (нейтрофильного характера – при ХОБЛ и эозинофильного – при БА), гиперсекреция слизи, спазм гладкой мускулатуры бронхов, связанные, в значительной степени, с оксидативным стрессом и активацией процесса липидной перекисидации. Прогрессирующее течение патологического процесса приводит к формированию необратимой обструкции, обусловленной эмфиземой, пневмосклерозом, ремоделированием и экспираторным коллапсом бронхов [4,13].

Лечение больных с обструктивными заболеваниями представляет значительные трудности: несмотря на применение базисных и симптоматических средств, в соответствии с принятыми стандартами, у большинства больных отмечается неуклонное прогрессирование

патологического процесса, прослеживается недостаточный или плохой контроль над симптомами болезни, в ряде случаев наблюдается развитие побочных реакций, аллергических проявлений, осложнений [2,3,10,13]. Для повышения эффективности лечения больных БА и ХОБЛ, целесообразно дополнительное включение в традиционные схемы реабилитационных методов. Патогенетически обоснованное назначение немедикаментозных факторов способствует стимуляции защитных и приспособительных реакций организма, замедлению прогрессирования заболевания, удлинению ремиссии, снижению медикаментозной нагрузки на организм, достижению комплаентности [1,7]. С учетом того, что в основе развития и прогрессирования БА и ХОБЛ лежит интенсификация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), патогенетически обосновано применение методов и средств, обладающих антиоксидантными свойствами [6,11].

С этой точки зрения заслуживает внимания метод бальнеотерапии с использованием биоэнергетического средства для ванн биолонг, действующим веществом которого является митофен – натриевая соль поли-(пара-диокси-пара-фенилен) тиосульфатной кислоты. В основе биологической активности митофена лежит его способность шунтировать 1-й и 2-й комплексы дыхательной цепи митохондрий, ингибированные вследствие гипоксии. Улучшение процессов тканевого ды-