

# РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С УЧЁТОМ КОМОРБИДНОСТИ

УДК 616.711:611.329:615.27:615.032

<sup>1</sup>Комлева Н.Е.: руководитель клинического отдела, к.м.н.;<sup>1</sup>Спирин В.Ф.: директор, д.м.н., профессор;<sup>2</sup>Марьяновский А.А.: ведущий научный сотрудник, д.м.н., профессор;<sup>3</sup>Шоломов И.И.: заведующий кафедрой нервных болезней, д.м.н., профессор;<sup>1</sup>Меденцов В.В.: младший научный сотрудник клинического отдела.<sup>1</sup>ФБУН Саратовский НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора, г. Саратов<sup>2</sup>ЗАО «Арнебия», г. Москва<sup>3</sup>ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского, г. Саратов

## Введение.

Создать истинное представление о генезе болевого синдрома при вертеброневрологических заболеваниях является довольно трудной задачей, если рассматривать проблему с позиции холистической медицины. Однако, учитывая наличие вертебровисцеральных и висцеровертебральных взаимосвязей [1, 2], целесообразно оценить терапевтическую эффективность разработанных реабилитационных программ для пациентов с вертеброневрологическими заболеваниями с учётом сопутствующей патологии [3]. Для данных целей примером послужили клинические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и функциональное состояние грудного отдела позвоночника, учитывая сегментарную иннервацию заинтересованных структур.

## Материал и методы.

Под наблюдением находилось 202 пациента в возрасте от 20 до 66 лет с вертеброневрологическими заболеваниями в состоянии обострения (люмбагия, люмбоишиалгия, пояснично-крестцовая радикулопатия, торакалгия) в сочетании с клиническими проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Независимо от ведущего синдрома, у всех пациентов при мануальном тестировании были выявлены нарушения на уровне грудного отдела позвоночника в виде полирегионарной, регионарной или локальной миофиксации, болезненности паравертебральных точек, ограничения движения и др.

В ходе рандомизации все участники исследования были распределены на две группы. Контрольную группу составили 96 пациентов, находившиеся на стандартной терапии, в состав которой входили НПВС, стероидные препараты, миорелаксанты, которые, как известно, оказывают негативное воздействие на органы пищеварительной системы. При этом 17 (18%), человек из 96, у которых симптомы ГЭРБ были ярко выражены, получали так же в составе комплексного лечения ингибиторы протонного насоса, желчегонные средства, антациды. Основная группа (ОГ) состояла из 106 пациентов, которым был назначен курс фармакопунктуры и мануальной терапии для коррекции функциональных нарушений грудного отдела позвоночника. При выраженном болевом синдроме больным ОГ были рекомендованы НПВС по требованию, к которым за время наблюдения прибегло 3 человека (3%).

В ОГ для проведения фармакопунктуры препаратами выбора были комплексные антигоммотоксические препараты – Плацента композитум, Коэнзим композитум и Убихинон композитум. Препараты вводили в симметрично расположенные биологически активные точки (БАТ). 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), а также паравертебральные точки на уровне патологического очага в грудном отделе позвоночника. Курс фармакопунктуры составлял 14 дней, частота сеансов — 3 раза в неделю (через один день). Курс мануальной терапии составлял четыре сеанса – на первый день после клинико-инструментального обследования (для исключения противопоказаний), на 5-й, 8-й и 12-й день.

Для оценки эффективности терапии киническое обследование пациентов проводили до лечения и на 14-й день лечения, оценку качества жизни (КЖ) – до лечения и на 30-31-й день, для изучения отдалённых результатов терапии оценивали наличие и выраженность клинических проявлений ГЭРБ до лечения, на 30-й день и через 6 месяцев после лечения.

КЖ оценивали при помощи вопросника SF-36 [4]. 36 пунктов вопросника сгруппированы в восемь шкал: общее состояние здоровья (ОС), физическое функционирование (ФФ), социальное функционирование (СФ), интенсивность боли (ИБ), жизненная активность (ЖА), психологическое здоровье (ПЗ).

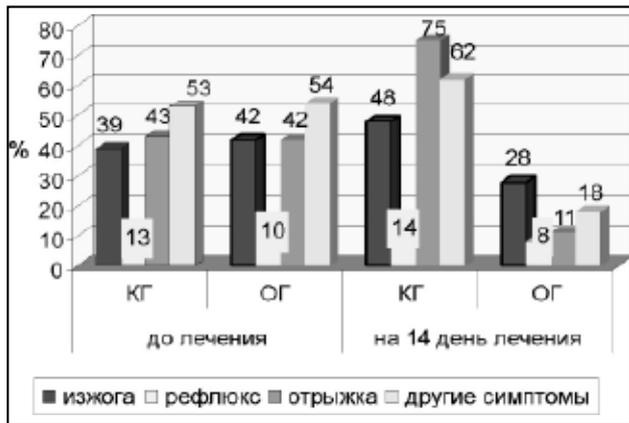
Для статистического анализа применяли следующие методы статистического анализа – построение таблицы абсолютных частот парных наблюдений для сравнения частот бинарного признака в двух несвязанных группах, непараметрический тест Колмогорова-Смирнова, медианы, доверительные интервалы и точное значение p для критериев Колмогорова-Смирнова и Фишера, отдалённые результаты терапии изучали на основе кумулятивного анализа с последующим построением актуарных кривых значений.

## Результаты и обсуждение.

На первом этапе исследования мы провели сравнительный анализ результатов лечения, сопоставив относительную частоту симптомов ГЭРБ в группах наблюдения до лечения и на 14 день терапии, исключив пациентов, принимавших лекарственные средства, предназначенные для терапии ГЭРБ. При этом анализу подвергались наиболее характерные для ГЭРБ симптомы – изжога, рефлюкс, отрыжка и такие симптомы, как боль и/или дискомфорт в эпигастриальной области, тошнота, горечь во рту, одинофагия, объединили в «другие симптомы». В ходе анализа установлено, что у пациентов основной группы все изучаемые симптомы статистически значимо регрессировали на 14 день лечения, в то время как у больных контрольной группы клинические проявления ГЭРБ усугубились (рис. 1).

Учитывая, что динамика всех изучаемых симптомов ГЭРБ в группах наблюдения имела противоположную направленность разной степени выраженности, мы сочли целесообразным оценить результаты

лечения на 14-й день наблюдения в группах обследуемых. Для этого была построена таблица сопряженности для сравнения частот бинарного признака в двух несвязанных группах (табл. 1).



**Рис. 1.** Клинические проявления ГЭРБ у больных с вертебрoneврологическими заболеваниями до лечения и на 14 день терапии.

**Таблица 1.** Клинические проявления ГЭРБ у больных с вертебрoneврологическими заболеваниями на 14-й день терапии (абсолютные частоты встречаемости признака).

	Контрольная группа (n=79)		Основная группа (n=106)		p
	Да	Нет	Да	Нет	
Изжога	38	41	30	76	0,009
Рефлюкс	11	68	8	98	0,22
Отрыжка	59	20	12	94	0,00
Др. симптомы	49	30	19	87	0,00

**Примечание:** p – уровень достоверности точного критерия Фишера двустороннего между контрольной и основной группами на 14-й день терапии.

Как видно из данных, представленных в таблице, на 14-й день терапии встречаемость симптомов ГЭРБ – изжога, отрыжка и показатель «другие симптомы», который включал тошноту, боль и/или чувство дискомфорта в эпигастральной области, одинофагию, статистически значимо ниже у пациентов ОГ по сравнению с представителями КГ. При этом частота рефлюкса в группах наблюдения не имела статистически значимой разницы.

Таким образом, применение мануальной терапии и фармакопунктуры в лечение пациентов с вертебрoneврологическими заболеваниями способствует регрессу не только неврологических симптомов, но и клинических проявлений ГЭРБ. Интерпретировать механизм действия применяемых методов терапевтического воздействия является сложной задачей. Однако, учитывая, что у участников исследования основной группы отсутствовало специфическое лечение, направленное на коррекцию симптомов ГЭРБ, можно предположить, что терапевтический эффект был достигнут за счёт нормализации вертебровисцеральных взаимосвязей.

**Таблица 3.** Характеристика клинических проявлений ГЭРБ в группах наблюдения.

x(x+1)	lx	dx	Wx	lx'	qx	Px	Px'
0-0,5 мес.	96/106	38/32	4/0	94/106	0,4/0,3	0,6/0,7	0,6/0,7
0,5-1 мес.	87/104	52/16	9/2	82,5/103	0,6/0,2	0,4/0,8	0,24/0,56
1-6 мес.	82/100	67/23	14/6	75/97	0,9/0,2	0,1/0,8	0,02/0,45

**Примечание:** в числителе результаты контрольной группы; в знаменателе – основной группы.

С позиции доказательной медицины важной задачей является оценить показатели качества жизни у пациентов, подвергаемых изучаемому методу лечения, для чего использовали вопросник SF-36. Учитывая, что по отдельным показателям выборки не соответствовали нормальному распределению, для статистического анализа применяли непараметрический метод – критерий Колмогорова-Смирнова. Установлено, что по всем показателям КЖ до лечения группы наблюдения не имели статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ). Средние значения и среднеквадратическое отклонение ( $M \pm \delta$ ) до лечения по изучаемым параметрам следующие: ОС –  $35,7 \pm 11,7$ ; ФФ –  $42,0 \pm 14,5$ ; РФ –  $22,8 \pm 15,9$ ; ЭС –  $34,6 \pm 21,3$ ; СФ –  $43,2 \pm 10,4$ ; СФ –  $30,4 \pm 15,2$ ; ИБ –  $29,9 \pm 16,8$ ; ЖА –  $33,9 \pm 15,8$ ; ПЗ –  $44,1 \pm 17,6$ . В таблице 2 приведены медианы, ДИ и точное значение p для критерия Колмогорова-Смирнова в группах наблюдения по изучаемым показателям КЖ на 30-31-й день терапии.

**Таблица 2.** Показатели качества жизни в группах наблюдения на 30-31-й день терапии

Показатели качества жизни	Контрольная группа Me [LQ; UQ]	Основная группа Me [LQ; UQ]	p
ОС	35 [30; 50]	55 [35; 67]	<0,001
ФФ	40 [30; 60]	70 [45; 75]	<0,001
РФ	0 [0; 30]	65 [45; 85]	<0,001
ЭС	0 [0; 35]	50 [35; 75]	<0,001
СФ	48 [38; 50]	50 [38; 50]	>0,1
ИБ	36 [31; 41]	50 [38; 50]	<0,001
ЖА	40 [30; 50]	70 [70; 100]	<0,001
ПЗ	52 [36; 68]	80 [70; 90]	<0,001

Результаты исследования свидетельствуют о статистически значимых различиях по всем изучаемым показателям КЖ на 30-31-й день терапии в группах наблюдения за исключением параметра «социальное функционирование». Данный факт подтверждает терапевтическую эффективность мануальной терапии и фармакопунктуры у пациентов с вертебрoneврологическими заболеваниями.

Следующий этап нашего исследования состоял в изучении влияния проводимой терапии у больных с вертебрoneврологическими заболеваниями на клинические проявления ГЭРБ в разные временные интервалы. При этом в контрольную группу вошло 96 пациентов (в том числе больные, получавшие лечение по поводу ГЭРБ), в основную группу – 106 человек. Оценка эффективности лечения больных в обеих группах проводили на основе кумулятивного анализа с последующим построением актуарных кривых значений, отражающих частоту и интенсивность симптомов ГЭРБ, в ранний постгоспитальный и отдаленный период – через 0,5, 1 и 6 месяцев от начала лечения. Для суждения о результатах лечения применяли оценочные критерии, представляющие качественную оценку и содержащие три градации результатов – «улучшение», «состояние без изменений» и «ухудшение». Под плохим исходом подразумевали ухудшение самочувствия или отсутствие положительной динамики

в ходе лечения, которые соответствовали оценочным критериям «состояние без изменений» и «ухудшение». Данные результатов лечения в группах наблюдения в разные интервалы наблюдения представлены в табл. 3.

Значения кумулятивного анализа, характеризующие частоту и интенсивность клинических проявлений ГЭРБ у больных с вертебронеурологическими заболеваниями, в зависимости от вида терапии, легли в основу построения актуарных кривых (рис. 2).

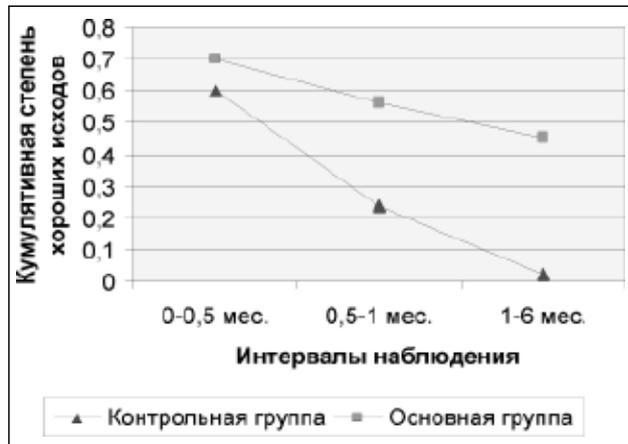


Рис. 2. Актуарные кривые, характеризующие результаты терапии в группах наблюдения

Данные, представленные на рис.2, свидетельствуют о том, что на 14 день терапии кумулятивная степень хороших исходов в обеих группах не имеет существенных различий. При детальном анализе выявлено, что лучшие результаты лечения в ранний постгоспитальный период наблюдались у той части пациентов контрольной группы, которые принимали лекарственные средства по поводу ГЭРБ (ингибиторы протонного насоса, желчегонные препараты, антациды). Тем не менее, 40% больных КГ отмечали усугубление жалоб со стороны пищеварительной системы: изжогу, отрыжку, рефлюкс, тошноту, боль, чувство дискомфорта в эпигастральной области.

Отдаленные результаты терапии у пациентов основной группы свидетельствуют о высоком терапевтическом эффекте на всём протяжении иссле-

дования (до 6 месяцев), что может характеризовать применяемые методы лечебного воздействия, как оптимальные для реабилитации пациентов с вертебронеурологическими заболеваниями с сопутствующими заболеваниями пищеварительной системы, в частности ГЭРБ.

#### Заключение.

Проблема реабилитации пациентов с вертебронеурологическими 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 пациентов с данной патологией путём включения в комплексную терапию курсов мануальной терапии и фармакопунктуры.

Лечение пациентов с наличием сочетанной патологии, является трудной задачей, и нами доказано, что внедрение курсов мануальной терапии и фармакопунктуры в реабилитационные программы для пациентов с вертебронеурологическими заболеваниями позволяют не только в короткие сроки купировать болевой синдром, обусловленный вертебронеурологическими заболеваниями, но и способствуют регрессу симптомов ГЭРБ.

Важным и необходимым условием проведения сравнительного анализа терапевтических эффектов в группах наблюдения является изучение отдаленных результатов лечения больных с вертебронеурологическими заболеваниями с применением стандартной терапии и изучаемых методов – мануальной терапии и фармакопунктуры. Отдаленные результаты терапии свидетельствуют о высоком терапевтическом эффекте на всём протяжении исследования (до 6 месяцев) у пациентов, которым были назначены мануальная терапия и фармакопунктура, что может характеризовать применяемые методы лечебного воздействия, как оптимальные для реабилитации пациентов с вертебронеурологическими заболеваниями с сопутствующими заболеваниями пищеварительной системы, в частности ГЭРБ. Данные методы лечения способствуют оптимизации саногенетических реакций, снижению случаев полипрагмазии у проблемных больных и оказывают холистическое воздействие на организм пациента [5].

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Могендович М.Р. Рефлекторное взаимодействие локомоторной и висцеральной систем. – Медгиз. – 1957.
2. Иванчев Г.А. Мануальная медицина (мануальная терапия) – М.: ООО «МЕДпресс», 1998 – 470 с.
3. Марьяновский А.А., Комлева Н.Е., Спирин В.Ф. Опыт реабилитации больных с дорсалгией, имеющих сопутствующие заболевания органов пищеварения. // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – Т. XVI. – №2. – С. 245-247.
4. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Издательский дом «Нева». – 2002. – 320 с.
5. 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.

**Резюме.** Под наблюдением находилось 202 пациента в возрасте от 20 до 66 лет с вертебронеурологическими заболеваниями в состоянии обострения (люмбагия, люмбоишиалгия, пояснично-крестцовая радикулопатия, торакалгия) в сочетании с клиническими проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). В ходе рандомизации были сформированы две группы: пациенты контрольной группы находились на стандартной терапии, больные основной группы – курс фармакопунктуры и мануальной терапии для коррекции функциональных нарушений грудного отдела позвоночника. Доказано, что применение данных методов лечения у больных с вертебронеурологическими заболеваниями в сочетании с клиническими проявлениями ГЭРБ способствует не только регрессу клинических проявлений основного заболевания, но и позволяет купировать симптомы ГЭРБ, достигнув при этом стойкого терапевтического эффекта на протяжении 6-и месяцев наблюдения, и улучшения всех показателей качества жизни.

**Ключевые слова:** вертебронеурология, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, восстановительное лечение, фармакопунктура.

**Abstract.** We observed 202 patients with dorsalgia and gastroesophageal reflux disease. Patients were randomized into two groups. The first group received standard therapy, the second group received pharmacopuncture and manual therapy. pharmacopuncture and manual therapy can help cure back pain and gastroesophageal reflux disease. Catamnesis 6 months.

**Key words:** vertebro neurology, gastroesophageal reflux disease, medical rehabilitation, pharmacopuncture.

#### КОНТАКТЫ:

**Комлева Наталия Евгеньевна.**

Служебный адрес: 410053 Саратов, ул. Заречная, д.1«а»;

e-mail: NEKomleva@yandex.ru

**Марьяновский Андрей Александрович.**

Служебный адрес: 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д.1;

e-mail: marjanovsky@arnebia.ru

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

УДК 616. 831-072.1-089

<sup>1</sup>Асадуллаев У.М., <sup>2</sup>Мухамеджанов Н.З.

<sup>1</sup>Республиканский Научный центр нейрохирургии МЗ Республики Узбекистан, г.Ташкент, Узбекистан

<sup>2</sup>Международный центр реабилитации, г.Ташкент, Узбекистан

#### Введение.

Опухоли головного мозга (ОГМ) наблюдающиеся нередко у лиц детского и юношеского возраста довольно широко распространены во всем мире [2,3,4,11]. Бластома мозговое поражение ЦНС встречается в 15-30 случаях на 100000 человек ежегодно. В течение последних 20 лет частота опухолей головного мозга увеличивается на 2,7% в год [7,8,11]. Опухоль мозга может встречаться в любом возрасте. Фактически, опухоли мозга стоят на втором месте по частоте среди причин смертности от злокачественных новообразований у лиц молодого возраста. Однако, анализированная литература свидетельствует о том что, чаще всего опухоли головного мозга отмечаются у людей среднего и пожилого возраста. Наибольший риск при этом характерен для возраста старше 60 лет. Ежегодно 1 из 5000 человек этой возрастной категории заболевает опухолью головного мозга [3,4,8].

ОГМ характеризуется своеобразным клиническим синдромом, особенностью течения и довольно тяжелого состояния больных обусловленных наличием объемного процесса в головном мозге с одной стороны и внутричерепного гипертензионного синдрома сопровождающиеся с гидроцефалией с другой. При этом нередко тяжесть состояния больных обеспечивается выраженными ликвородинамическими нарушениями сформировавшиеся вследствие компрессии опухолью ликворциркуляторных путей головного мозга [4,7,8]. Классическая литература свидетельствует о том, что окклюзия ликворных путей опухолью является возможным и основным патогенетическим механизмом водянки головного мозга, однако очевидно имеются и другие факторы непосредственно или опосредованно влияющие на степень развития гипертензионно-гидроцефального синдрома (ГГС).

Гидроцефалия остается одной из самых сложных проблем клинической неврологии и нейрохирургии. Прогрессирующее течение приводит к тяжелым неврологическим и психическим нарушениям, с последующей инвалидизацией и утратой трудоспособности [1,5,9,10].

Вообще по данным мировой статистики гидроцефалия – чрезмерное накопление цереброспинальной жидкости в желудочках головного мозга, встречается в 0,2 – 4 случаях на 1000 новорожденных. Причем в течение первого года жизни регистрируются в расчете 6-8 на 1000 детей. Учитывая высокую рождаемость в республике Узбекистан, гидроцефалия довольно распространенное заболевание среди патологии ЦНС детского возраста [1,5,6,9,10].

Каждый третий пациент нейрохирургического стационара на разных этапах лечения проходит стадию гипертензионно-гидроцефального синдрома (Сафин Ш.М. с соавт., 1996; Баратов В.В., 2000; Raimondi A.Y., 1987; Могу К., 1991). Во многих случаях лечение этого синдрома приводит к компенсации состояния больного, а при определенных патологиях – к их излечению.

Эндоскопические нейрохирургические оперативные вмешательства совершенно изменили подходы к лечению некоторых заболеваний головного мозга. Применявшиеся ранее большие разрезы, значительная кровопотеря, длительность операций и следовательно, наркозного периода, сменились всеми преимуществами минимально-инвазивной нейрохирургии.

Использование эндоскопических технологий в нейрохирургии наиболее перспективно при удалении новообразований желудочковой системы, оральных отделов силвиева водопровода, хиазмально-селлярной области, и на субтенториальном уровне при патологии