

УДК 616.72-007.281:615.814.1:08:616-009.7.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВОВ

А. В. Чемерис, В. Э. Ли

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

АННОТАЦИЯ

Обоснована необходимость разработки альтернативных подходов к лечению вертеброгенных болевых синдромов. Представлены результаты клинического исследования различных методов лечения. Доказана эффективность авторской методики, разработанной специально для больных с генерализованной гипермобильностью суставов.

Ключевые слова: вертеброгенный болевой синдром, гипермобильный синдром, генерализованная гипермобильность суставов, интенсивность боли.

Обзор литературы и постановка проблемы исследования. За последние два десятилетия во всём мире наблюдается прогрессирующее увеличение числа больных с хроническим болевым синдромом; при этом наибольшее распространение имеют боли вертеброгенного происхождения, от которых, по разным данным, страдает до 80% трудоспособного населения [1;2].

В этих условиях исследователями активно разрабатываются различные подходы к лечению вертеброгенных болевых синдромов (ВБС) [3;4]. Помимо медикаментозной терапии (ацетаминофен, мелоксикам и др.) [5] для консервативного лечения ВБС применяются в самых разных сочетаниях немедикаментозные методы: лечебная физкультура, мануальная / тракционная / иглорефлексотерапия и многочисленные физиотерапевтические методы (магнито-, гидро-, бальнео-, крио-, пелоидо-,озоно-,пролотерапия, гипоксическая тренировка и др.); изолированное применение только одного из методов специалисты считают недостаточно эффективным [6].

Разработано весьма много новых подходов, однако большинство авторов признают, что всем им присущ ряд недостатков, в том числе:

– эффект от обычного консервативного лечения в большинстве случаев кратковременный - в среднем 1-4 месяца [7-9];

– мало кем из исследователей учитывается специфика больных с генерализованной гипермобильностью суставов.

Гипермобильный синдром (ГС) (шифр М 35.7 в МКБ-10) - генетически детерминированное состояние с доминантным характером наследования, клиническими проявлениями которого являются мышечно-суставная боль у лиц с избыточным объёмом движений в суставах при отсутствии признаков других ревматических заболеваний. [10] Доказано, что ГС способствует проявлению ВБС (в том числе, и в тех случаях, когда гипермобильность позвоночника не наблюдается) [11]. При проведении нами пилотного исследования распространённости ГС в Казахстане выяснилось, что их доля составляет 78% от общего числа пациентов с ВБС [12]; полученные нами показатели вполне сопоставимы с данными других авторов (см. например, [11;13]).

Проблема исследования состоит в том, что у более чем двух третей пациентов с ВБС эта критически важная специфическая характеристика их состояния при лечении не учитывается.

Проблема эта наблюдается не только в Казахстане. Специалисты отмечают, что во всём мире диагностика ГС врачами первичного звена проводится крайне редко. [14] Так, российские авторы в 1997 г. писали: «на уровне поликлиник ГС вообще не выявляется» [15]; к 2012 г «ситуация практически не изменилась». [16]

Практикующие врачи, как правило, не знакомы с особенностями немедикаментозного лечения пациентов с ГС [13]. «Вопросы лечения пациентов с ГС представлены в литературе единичными случаями или пилотными исследованиями» [17, с. 2] «Эти методы не систематизированы, рекомендации, как правило, слишком общие или упрощённые - они не могут быть использованы в лечебной практике» [13, с.74].

Цель исследования: сравнение эффективности различных подходов к лечению ВБС и оценка результатов применения авторской методики, разработанной специально для больных с генерализованной гипермобильностью суставов.

Материал и методы Исследование проводилось на базе ГКБ № 12 г. Алматы в 2013-2014 гг., в неврологическом отделении. Критерии включения пациентов в исследование: 1) ГС по шкале Grahame более 18 баллов; 2) диагностированный ВБС; 3) возраст пациентов от 30 до 50 лет включительно; 4) согласие пациента на участие в исследовании. Критерии исключения: 1) ревматические заболевания; 2) отказ пациента от участия в исследовании. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Т.е. в программе участвовали только больные с ВБС, где 78% от общего числа (282 пациента) обратившихся с жалобами на ВБС составили больные с генерализованной гипермобильностью суставов. Большинство - женщины (69,5%). Все пациенты по мере обращения распределялись по трём группам по 94 человека рандомизированной.

Результаты. Комплекс методов лечения ВБС включал:

- для группы 1 – медикаментозная терапия,
- для группы 2 – медикаментозная терапия, лечебная физкультура (15-20 сеансов, стандартный комплекс упражнений), мануальная терапия (7-8 сеансов, стандартный комплекс процедур),
- для группы 3 – лечебная физкультура 15-20 сеансов а (вторские комплексы упражнений и процедур, разработанные специально для больных с генерализованной гипермобильностью суставов), иглорефлексотерапия 10-15 сеансов.

Курс лечения для всех групп продолжался 2-2,5 месяца. Интенсивность боли оценивалась пациентами по визуальной аналоговой шкале, представленной в виде отрезка с 10 делениями по 1 сантиметру. Слабая интенсивность боли соответствовала отрезку до 3 см, боль средней интенсивности - от 3 до 6 см, сильная боль - от 7 до 9 см, очень сильная боль - 10 см. Измерение интенсивности боли проводилось: 1) на момент обращения до начала лечения; 2) через 2 недели лечения; 3) через 4 недели лечения; 4) через 6 месяцев с начала лечения. На момент обращения все пациенты оценивали своё состояние в диапазоне «боль средней интенсивности - очень сильная боль». Ниже нами приводятся динамика изменения доли пациентов с отсутствием либо слабой интенсивностью боли - последовательно через 2 недели, через месяц и через 6 месяцев с начала лечения:

- у пациентов группы 1: 37,2%; 59,6%; 23,4%;
- у пациентов группы 2: 46,8%; 73,4%; 55,3%;
- у пациентов группы 3: 59,6%; 89,4%; 76,6%.

Таким образом, подтверждены две ранее отмеченные в литературе закономерности:

- во всех трёх группах наблюдается выраженная положительная динамика, проявившаяся в снижении ВБС в ходе лечения - и существенное ухудшение состояния пациентов после его окончания (в нашем случае - через 3,5 - 4 месяца);
- эффективность лечения ВБС обеспечивается комплексным применением медикаментозных и немедикаментозных методов.

Впервые установлено, что сочетание комплекса упражнений лечебной физкультуры и процедур иглорефлексотерапии, разработанных специально для больных с генерализ-

званной гипермобильностью суставов, могут быть более эффективными, чем применяемые в настоящее время методы даже без сочетания с медикаментозным лечением ВБС.

Выводы:

1. У пациентов при диагностировании ВБС обязательно должна проводиться диагностика ГС.
2. Лечение ВБС у пациентов с ГС следует проводить с использованием методик, разработанных специально для больных с генерализованной гипермобильностью суставов.
3. Подтверждена эффективность разработанных автором для лечения ВБС комплекса упражнений лечебной физкультуры и процедур иглорефлексотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кухта О.А.* Социально-гигиеническая характеристика инвалидности вследствие дорсопатий // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2010. - № 1. - С. 24-27.
2. *Freyenhagen R.* Pain Detect: a new screening questionnaire to detect neuropathic components in patients with back pain / R. Freynhagen, R. Baron, U. Gockel [et al.] // Curr. Med. Res. Opin. - 2009. - Vol. 22. - P. 1911-20.
3. *Cohen S.P.* Management of low back pain / S.P. Cohen, C.E. Argoff, E.J. Carragee // BMJ. - 2009. - Vol. 338. - p. 100-106.
4. *Стебунов Б.А.* Система медико-психологической реабилитации больных остеохондрозом позвоночника в условиях медицинского реабилитационного центра: Дисс. ... к.м.н. Санкт-Петербург 2010. – 188 с.
5. *Радыш Б.Б.* Острая боль в спине – проблема выбора обезболивающего препарата/ Б.Б. Радыш, П.Р. Камчатнов, А.В. Кутенев // Consilium Medicum N 2 том 12 2010. - с 60- 63
6. Неврологические аспекты дисплазии соединительной ткани: диагностика, лечение, реабилитация: уч. - метод. пособие /Е.Г. Бутолин, Т.Е. Чернышова, И.Л. Иванова [и др.]; под ред. проф. Т.Е. Чернышовой. - Ижевск, 2012. http://www.rbvl.ru/about/mass-media-about-rbvl/?ELEMENT_ID=2084.
7. *Бурмистров Д.А.* Купирование болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника у лиц среднего и пожилого возраста: воздействие на мышцы спины / Д.А. Бурмистров, Г.С. Демин, М.О. Иванов // Клиническая геронтология. - 2011. - № 1-2. - С. 55-58.
8. *Маслова Н.* Терапия при тяжелых вертеброгенных синдромах / Н. Маслова, Е. Хамцова, И. Малахов // Врач. - 2011. - № 5. - с. 66-69.
9. *Мирхайдаров Р.Ш.* Акупунктурная терапия аллоплантому больных с дорсопатией поясничного отдела позвоночника: Дисс. ... к.м.н. Уфа 2014. - 140 с.
10. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) <http://mkb-10.com/>
11. *Remvig L, Jensen D.V., Ward R.C.* Epidemiology of general joint hypermobility and basis for the proposed criteria for benign joint hypermobility syndrome: review of the literature // J. Rheumatol. 2007; 34 (4). P. 804-809.
12. *Чемерис А.В., Лу В.Э.* Влияние конституциональной гипермобильности на вертебро-неврологические проявления. Вестник КАЗНМУ 2012. - С 179-181.
13. *Киселева Д.С.* Программа курации пациентов с синдромом гипермобильности суставов в общей врачебной практике (семейной медицине): Дисс. ... к.м.н. Омск - 2011. - 115 с.
14. *Simmonds J.V., Keer R.J.* Hypermobility and hypermobility syndrome, part 2: assessment of hypermobility syndrome: illustrated via case studies // Manual Therapy. - 2008. - N. 13. - P. 20-21.
15. *Коршунов Н.И., Гауэрт В.Р.* Синдром гипермобильности суставов: клиническая характеристика и особенности ревматоидного артрита и остеоартроза, развившихся на его фоне // Тер. архив. - 1997. - Т. 69, № 12. - С. 23-27.

16. Поворознюк В.В., Подлианова Е.И. К вопросу о синдроме гипермобильности суставов // Боль. Суставы. Позвоночник № 1 (05) 2012 <http://www.mif-ua.com/archive/article/30448>

17. Hauser R.A., Phillips H.J. Treatment of joint hypermobility syndrome, including Ehlers-Danlos syndrome, with Hackett-Hemwall prolotherapy // Journal of prolotherapy. № 3. 2011. - P. 2 -8.



УДК 616.8-009.831:615.814.1

СУ ДЖОК АКУПУНКТУРА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЙ

М. Б. Абузярова, С. А. Жанайдаров

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Введение. В настоящее время все коматозные состояния принято делить на структурные и метаболические. Структурные комы развиваются тогда, когда имеется первичный очаг повреждения головного мозга: ЧМТ, инсульт, инфекция. Метаболические комы возникают из-за общих обменных расстройств, в результате которых происходит нарушение сознания. К ним относятся диабетические комы, почечная, печёночная и другие (Е.И. Гусев, 1993, Л.О. Бадалян, 2000).

Актуальность. Главная проблема, существующая в процессе выведения людей из коматозных состояний, состоит в том, чтобы пациенты сохраняли свою целостность на всех системных уровнях. Су Джок акупунктура, как и классическая акупунктура, реализует свои действия, используя резервные возможности человека (Пак ЧжэВу, 1987). Воздействия методами Су Джок акупунктуры на людей, находящихся в коме различной степени и различной этиологии, позволяет не только остановить разрушительное действие фактора, вызвавшего кому, но и произвести восстановление, как на уровне психической деятельности, так и нейросоматического состояния.

Материалы и методы. Было проведено клиническое наблюдение пациентов с различной степенью комы и различной этиологии. Наблюдались: 4 пациента после черепно-мозговой травмы (ЧМТ), 1 пациент – диабетическая кома, 3 – в результате экзогенной интоксикации при введении лекарственных препаратов, 1 – влажное утопление на фоне алкогольного опьянения, 1 – геморрагический инсульт. У 2 пациентов с ЧМТ наблюдалась I степень комы, II степень комы также у двух пациентов.

Лечебные действия Су Джок акупунктуры были направлены на частую причину коматозных состояний - отек головного мозга. Независимо от этиологии и степени погружения в коматозное состояние всем пациентам, кроме инсультного больного, была проведена Су Джок акупунктура по системе соответствия и лечение по бьель меридианам.

Результаты. Трое пациентов в результате лечения вышли из комы, один был полностью восстановлен, один находился в оглушенном состоянии, другой в сомнолентном по причине трепанации черепа и резекции правой височной и лобной долей справа. У четвертого был летальный исход без выхода из комы. В случаях с экзогенной интоксикацией, в двух случаях была реакция на общий наркоз во время операции и в одном случае реакция на введение лекарственных препаратов при лечении вирусной нейроинфекции. В первых двух случаях была II степень комы. В случае нейроинфекции кома имела III степень и летальный исход после 4 месяцев лечения. Пациент, находящийся в коме после влажного утопления, имел III степень комы с ярко выраженным цианозом. Полностью восстановился после однократного воздействия Су Джок акупунктуры.