



Рис. 3. Возрастная зависимость среди пациентов с синусовым ритмом и полной блокадой левой ножки пучка Гиса со сниженной фракцией выброса. 1 – зрелый, 2 – пожилой, 3 – старческий, 4 – возраст долгожителей

ЛИТЕРАТУРА

1. *Белялов Ф. И.* Аритмии сердца: Монография; изд. 5-е, перераб. и доп. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2011. – 320 с.
2. *Орлов В. Н.* Руководство по электрокардиографии. – 4-е стер. изд. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 528 с.: ил.
3. *Пармон Е. В., Трешкур Т. В., Шляхто Е. В.* Идиопатические желудочковые нарушения ритма (анализ проблемы) // Вестник аритмологии. – 2003. – № 31. – С. 60–71.
4. *Райдин Э.* Эхокардиография. Практическое руководство; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 280 с.: ил. +1 CD.
5. *Чазов Е. И.* Руководство по кардиологии. – М.: «Практика», 2014.
6. *Шляхто Е. В., Трешкур Т. В., Пармон Е. В., Гудкова А. Я., Овечкина М. А., Немков А. С., Лебедев Д. С., Митрофанов Н. А., Митрофанова Л. Б., Крутиков А. Н., Бернгард Э. Р., Михайлов Е. Н.* Идиопатические желудочковые нарушения ритма: результаты проспективного наблюдения // Вестник аритмологии. – 2004. – № 33. – С. 5–11.

Поступила 05.09.2014

И. А. ВЫШЛОВА, А. И. СТАРОДУБЦЕВ

ПРИМЕНЕНИЕ ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ

*Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО
«Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310; тел. 89624001553. E-mail: irisha2801@yandex.ru*

В работе изложены основные принципы диагностики и лечения больных с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами. Приведен сравнительный анализ результатов обследования и лечения 80 пациентов с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами. Доказана целесообразность назначения чжень-цзю терапии в комплексе лечения больным с хроническим вертеброгенным болевым синдромом.

Ключевые слова: чжень-цзю, хронический вертеброгенный болевой синдром.

I. A. VYSHLOVA, A. I. STARODUBTSEV

ZHEN JIU THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS
WITH CHRONIC VERTEBROGENIC PAIN SYNDROMES

In work the basic principles of diagnostics and treatment of patients with chronic vertebrogenic pain syndromes are stated. The comparative analysis of results of diagnosis and treatment of 80 patients with chronic vertebrogenic pain syndromes is provided. Expediency of purpose of zhen Jiu with complex therapy is proved to patients with a chronic vertebrogenic pain syndrome.

Key words: zhen Jiu, chronic vertebrogenic pain syndrome.

Боли в спине встречаются на том или ином этапе жизни примерно у 90% людей и занимают второе место по распространенности среди острых болевых синдромов после головной боли. В структуре распространенности хронических болевых синдромов боли в спине также занимают второе место и встречаются у каждого десятого [5, 7]. По данным Европейского эпидемиологического исследования, частота встречаемости хронических неонкологических болевых синдромов в странах Западной Европы составляет около 20% [10].

Согласно определению экспертов Международной ассоциации по изучению боли к хронической боли относят боль длительностью более трех месяцев и продолжающуюся сверх нормального периода заживления тканей [11]. Хроническую боль стали рассматривать не как симптом какого-либо заболевания, а как самостоятельную болезнь, требующую особого внимания и комплексного этиопатогенетического лечения.

Для профилактики хронификации острой скелетно-мышечной боли в спине необходимо как можно раньше начать обезболивающую терапию и ограничить нагрузку на пораженный отдел позвоночника, обычно применяются препараты для симптоматического лечения боли (прежде всего нестероидные противовоспалительные препараты) не более 10–14 дней, также используют миорелаксанты. При недостаточной эффективности НПВС в сочетании с миорелаксантами возможно кратковременное (7–10 дней) назначение слабых наркотических анальгетиков [2].

При хроническом течении болевого синдрома, имеющего нейропатический генез, применяются препараты из разряда антидепрессантов и антиконвульсантов [1, 3, 4].

Дополнительным эффективным консервативным методом терапии скелетно-мышечных болей в спине на любом этапе лечения оказывается локальное инъекционное введение (блокада) кортикостероидов (например, бетаметазона) в очаг воспаления или дегенеративно-дистрофического процесса [7].

При отсутствии противопоказаний желательно дополнить лечение немедикаментозной терапией: тепловыми физиопроцедурами, мануальной терапией, массажем, ЛФК [1, 5, 7].

Кроме того, имеются данные об успешном применении чжень-цзю-терапии при данной па-

тологии [8, 9]. Чжень-цзю-терапию в настоящее время используют в лечении многих заболеваний, тем более что этот метод не вызывает аллергии и практически не имеет противопоказаний. Производится механическое раздражение небольших участков кожи (биологически активных точек) из-за размещения в них большого количества нервных окончаний. Специалисты описывают около 800 биологически активных точек. Наиболее часто используются около 150. Тактически можно выделить три подхода к выбору точек: выбор близлежащих и локальных точек, отдаленных точек и симптоматических точек [6]. При болях в спине чжень-цзю-терапия позволяет расслабить напряженные мышцы, улучшить питание межпозвонковых дисков, уменьшить боль, увеличить подвижность позвоночника. Выбор точек зависит от уровня поражения. Существуют определенные точки на шее, спине, животе, конечностях, которые используют при вертеброгенных болевых синдромах, однако в каждом случае необходим индивидуальный подход.

Ввиду сложностей и порой имеющей место недостаточной эффективности стандартной терапии хронического вертеброгенного болевого синдрома была сформулирована цель исследования: оценка эффективности использования чжень-цзю терапии в комплексном лечении больных с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами, в т. ч. рефлекторными, по сравнению с симптоматической терапией.

Материалы и методы

В исследование было включено 80 пациентов с вертеброгенными болевыми синдромами. Из них 40 человек (50%) составили контрольную группу, пациенты которой получали симптоматическую терапию с использованием анальгетиков, НПВП, миорелаксантов, антидепрессантов в сочетании с антиконвульсантами, препаратов, улучшающих микроциркуляцию и трофику тканей, физиотерапевтическое лечение, массаж. 40 человек (50%) составили основную группу, больным которой в дополнение к симптоматическому лечению проводилась чжень-цзю терапия. Все больные находились на этапе обострения хронического вертеброгенного болевого синдрома и проходили лечение в условиях неврологического отделения.

Характеристика больных с вертеброгенными болевыми синдромами

Тип болевого синдрома	Основная группа (n=40)	Контрольная группа (n=40)	Всего (n=80)
Люмбаго	3 (5%)	2 (5%)	5 (5%)
Люмбалгия	18 (30%)	12 (30%)	30 (30%)
Люмбоишалгия	22 (37%)	14 (35%)	36 (36%)
Радикулопатии	17 (28%)	12 (30%)	29 (29%)
Всего	40 (50%)	40 (50%)	100 (100%)

Обследование больных проводилось до лечения: через 2 недели, 1 месяц и 2 месяца с момента поступления.

Комплекс обследования больных включал:

1. Оценку неврологического дефицита (выявление двигательных, чувствительных и вегетативно-трофических расстройств) с определением признаков заинтересованности определенного корешка;

2. Оценку степени выраженности болевого синдрома с использованием визуальной аналоговой шкалы боли (1–3 балла – легкий болевой синдром, 4–6 баллов – умеренный болевой синдром, 7–9 баллов – выраженный болевой синдром, 10 баллов – нестерпимая боль) и частоты встречаемости симптомов натяжения нервных корешков (Лассега, Вассемана, Мацкевича);

3. Рентгенографию позвоночника с функциональными пробами;

4. Компьютерную томографию;

5. Магнитно-резонансную томографию;

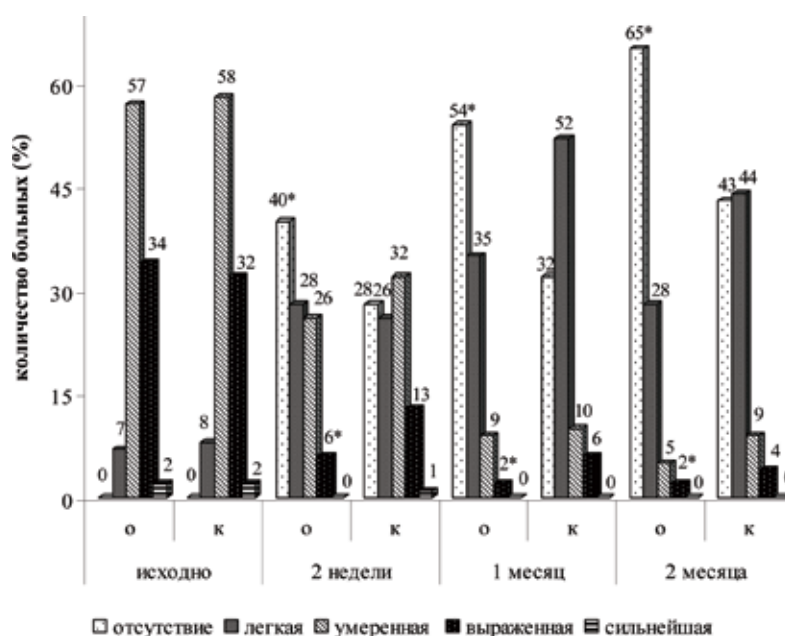
6. Электромиографию и электронейромиографию (по показаниям).

Среди 40 пациентов основной группы было 26 мужчин (65%) и 14 женщин (35%). Из них у 29 человек (72%) были диагностированы рефлекторные синдромы: люмбаго – у 2 пациентов (5%), люмбалгия – у 12 больных (30%), люмбоишалгия – у 15 больных (37%). У 11 пациентов (28%) – радикулопатии. Средний возраст пациентов в данной группе составил $52,5 \pm 17,5$ года.

В контрольной группе из 40 пациентов было 26 мужчин (65%), 14 женщин (35%). Среди них рефлекторные синдромы отмечены у 28 человек (70%): люмбаго – у 2 пациентов (5%), люмбалгия – у 12 больных (30%), люмбоишалгия – у 14 больных (35%), радикулопатии – у 12 человек (30%). Средний возраст пациентов в данной группе составил $53 \pm 17,0$ года.

Данные о распределении больных по синдромам представлены в таблице 1.

При рентгенографическом исследовании у всех больных определялись различной степени выраженности дегенеративно-дистрофические изменения позвоночных структур. Проведенное нейровизуализационное исследование (КТ, МРТ)



Динамика болевых проявлений на протяжении 2 месяцев у пациентов основной и контрольной групп

Динамика симптомов натяжения нервных корешков на протяжении 2 месяцев у пациентов основной и контрольной групп

Группа	Период исследования			
	Исходно	2 недели	1 месяц	2 месяца
Контрольная	82%	12%*	8%*	3%
Основная	80%	5%	3%	0%

Примечание: *P<0,05.

выявило у большинства больных дегенеративные изменения межпозвонковых дисков (протрузия, грыжа диска), чаще у больных с радикулопатиями, реже – с рефлекторными болевыми синдромами.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ результатов комплексной терапии у больных исследуемых групп показал достоверное уменьшение болевого синдрома, а также более быстрый регресс симптомов натяжения у пациентов основной группы по сравнению с больными контрольной.

Динамика болевых проявлений на протяжении 2 месяцев представлена на рисунке.

Из рисунка видно, что у пациентов обеих групп уже ко второй неделе лечения достоверно увеличивалось количество больных с легкими проявлениями болевого синдрома, при этом достоверно снижалось количество больных с умеренными, сильными и сильнейшими болевыми синдромами. Кроме того, у пациентов основной группы наблюдался достоверный ($p<0,05$) регресс болевого синдрома в более короткие сроки с преобладанием в его структуре легких форм и достоверным снижением выраженного болевого синдрома по сравнению с больными контрольной группы к концу 1-го месяца наблюдения.

Динамика регресса симптомов натяжения нервных корешков у пациентов исследуемых групп представлена в таблице 2.

Из данных таблицы видно, что на фоне проводимой терапии у пациентов обеих групп происходило достоверное снижение симптомов натяжения нервных корешков к концу второй недели лечения, наиболее выраженное у пациентов основной группы, через 2 недели и 1 месяц наблюдения.

Проведенное исследование свидетельствует об эффективности применения чжень-цзю терапии в комплексном лечении хронического вертеброгенного болевого синдрома поясничной области. Использование данного метода позволяет добиться более длительного, стойкого эффекта в форме достоверного снижения степени выраженности болевого синдрома, а также регресса симптомов натяжения нервных корешков с одновременным

снижением побочных эффектов по сравнению с применением симптоматической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В. В., Баринов А. Н., Кукушкин М. Л., Подчуфарова Е. В., Строков И. А., Яхно Н. Н. Боль: Руководство для врачей и студентов / Под ред. Н. Н. Яхно. – М.: «Мед Пресс», 2009. – 302 с.
2. Баринов А. Н. Невропатический болевой синдром при болях в спине // Журнал «Трудный пациент». – 2011. – Т. 9. № 1. – С. 17–23.
3. Вышлова И. А. Комплексное лечение больных с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 2. – С. 47–49.
4. Данилов А. Б., Жаркова Т. Р. Хроническая радикулопатия: новые возможности терапии // Русский медицинский журнал – специальный выпуск «Болевой синдром». – 2010. – № 18: спец. – С. 15–19.
5. Европейские рекомендации по лечению неспецифической боли в пояснично-крестцовой области в условиях первичной медицинской помощи: Реферат / Под науч. ред. Н. Н. Яхно, Е. В. Подчуфаровой. – М.: Практическая медицина, 2010. – 24 с.
6. Овечкин А. М. Основы чжень-цзю терапии. – Издательство ГОЛОС, 1991. – 417 с.
7. Павленко С. С. Боли в нижней части спины (эпидемиология, клинко-диагностическая классификация, современные направления в диагностике, лечении и стандартизации медицинской помощи): Руководство. – Новосибирск: Сибмедииздат НГМУ, 2007. – 172 с.
8. Самосюк И. З., Войтаник С. А., Попова Т. Д., Гавата Б. В. Мануальная, гомеопатическая и рефлексотерапия остеохондроза позвоночника. – Киев: Здоровья, 1992. – 272 с.
9. Ян Цзичжоу. Основы акупунктуры. Большие достижения чжень-цзю. – 2003. – 727 с.
10. Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment // European journal of pain. – 2006. – V. 10. – P. 287–333.
11. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms/prepared by International association for the study of pain, task force on taxonomy; Editors H. Merskey, N. Bogduk-2 nd ed. – Seattle: IASP Press, 1994. – 222 p.