

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ЦЕРВИКАЛГИЕЙ

УДК 618.146—07—08:615.851

Поступила 4.06.2009 г.



Т.Е. Белоусова, д.м.н., профессор, зав. кафедрой восстановительной медицины и рефлексотерапии ФПКВ¹;
В.В. Суббота, зав. отделением восстановительной медицины²

¹Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород;

²Межрегиональный центр восстановительной медицины и реабилитации, Н. Новгород

Цель работы — провести сравнительный анализ данных клинического, психологического, психопатологического и нейрофизиологического обследования пациентов с вертеброгенной цервикалгией с целью установления корреляций между выявленной психопатологической симптоматикой, индивидуальными типологическими свойствами личности и функциональным состоянием позвоночника.

Материалы и методы. Клинически обследована группа пациентов из 59 человек в возрасте от 18 до 70 лет. Функциональное состояние позвоночника исследовали методом динамической сегментарной диагностики состояния спинномозговых нервов (ДСД-тест). Использовали психодиагностический метод — индивидуальный типологический опросник.

Результаты. Установлены патогенетические корреляции между психологическими особенностями личности, психопатологической симптоматикой, функциональным состоянием позвоночника и развитием основного заболевания. Полученные данные использовались в комплексном восстановительном лечении. Использование дополнительных методов диагностики позволило добиться более быстрого купирования болевого синдрома и ремиссий у пациентов с хроническим течением заболевания.

Ключевые слова: восстановительное лечение, ДСД-тест, метод «ключ», цервикалгия.

English

Psychosomatic approach to diagnosis and treatment of patients with vertebrogenic cervicalgia

T.E. Belousova, MD, professor, head of the FPhQI reduction medicine and reflexotherapy chair¹;

V.V. Subbota, head of the reduction medicine department²

¹ Nizhny Novgorod state medical academy, N. Novgorod;

² Interregional center of reduction medicine and rehabilitation, N. Novgorod

Aim of work is a comparative analysis of the clinical, psychological, psychopathologic and neurophysiologic examination data of patients with a vertebrogenic cervicalgia for establishment of correlations between the revealed psychopathologic symptoms, individual typological properties of personality and functional state of vertebral column.

Materials and methods. A group of patients of 59 humans at the age of 18—70 years is clinically examined. A functional state of vertebral column was investigated by the cerebrospinal nerve state dynamic segmental diagnosis method (a DSD-test). A psychodiagnostic method — an individual typological questionnaire was used.

Results. The pathogenetic correlations between the psychological tendencies of personality, psychopathologic symptoms, functional state of vertebral column and a basic disease development are established. The received data was used in a complex reduction therapy. A use of additional diagnosis methods has permitted to achieve a more rapid cupping of a painful syndrome and remissions in patients with a chronic flow of disease.

Key words: reduction therapy, DSD-test, «key» method, cervicalgia.

В структуре причин временной утраты трудоспособности дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника с болевым синдромом занимают второе

место, составляя около 50% всех выявленных неврологических синдромов [1]. Из них поражения шейного отдела составляют 25—50% всех случаев болей в поз-

Для информации: Суббота Виктор Васильевич, тел. раб. 8(831)292-28-16, тел. моб. +7 962-505-22-79; e-mail: vostmed@bk.ru

воночнике [2, 3]. В настоящее время на основе теории и практики таких направлений, как вертеброневрология, прикладная кинезиология и телесно-ориентированная терапия, формируется система восстановительного лечения, основанная на изучении особенностей состояния связочно-мышечной системы позвоночного столба в соответствии с особенностями психических функций [4, 5]. В литературе имеются данные о корреляциях между психологическими особенностями пациентов и характером развития болевых синдромов в различных отделах позвоночника [6], но методики проведения психосоматических исследований разработаны и апробированы лишь на группах пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с последствиями травм и контузий головного мозга и некоторыми другими заболеваниями [7]. Ранее мы проводили оценку состояния спинномозговых нервов по методу динамической сегментарной диагностики (ДСД-теста) [8] на аппаратно-программируемом комплексе POINTS у 183 пациентов с различными заболеваниями позвоночника и установили достоверную связь между клиническими данными, морфологическими изменениями в позвоночнике, функциональными нарушениями осанки и показателями ДСД-теста [9]. Выраженность функциональных изменений в позвоночнике и состоянии осанки оценивали в восьми наиболее важных регионах, объединяющих несколько позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) [1, 10]: в шейном отделе позвоночника — C_1-C_3 , C_4-C_6 , C_7-T_1 , в грудном отделе позвоночника — T_2-T_8 , T_9-T_{12} , в поясничном отделе позвоночника — L_1-L_2 , L_3-L_4 , L_5-S_1 .

Цель исследования — выявить психосоматические особенности пациентов с вертеброгенными цервикалгиями и оценить их динамику в ходе восстановительного лечения.

Материалы и методы. Применяли клинические неврологические методы исследования, рентгенографические методы, ДСД-тест на аппаратно-программном комплексе POINTS. Для оценки индивидуальных типологических особенностей личности использовали индивидуальный типологический опросник (ИТО) [11]. Эта методика позволяет количественно оценивать особенности характерологических проявлений по четырем осям и восьми противоположным по направленности тенденциям:

- 1) экстраверсия—интроверсия;
- 2) спонтанность—сензитивность;
- 3) стеничность—тревожность;
- 4) ригидность—лабильность.

Тест дает возможность выявить причину психической дезадаптации пациента.

Оценку психопатологической симптоматики проводили по рекомендациям ВОЗ [12]. Для сравнения симптоматики выявляли наиболее типичные для психосоматических расстройств 8 групп психопатологических синдромов:

- 1) аффективные нарушения (F32.0);
- 2) астенические расстройства (F48.0);
- 3) вегетативные расстройства (F45.3);

- 4) истерические симптомы (F44, F60.4);
- 5) тревожно-фобические расстройства (F40.4);
- 6) паранойяльные расстройства (F30.2, F60.0);
- 7) ипохондрические расстройства (F45.2);
- 8) навязчивости (F42, F60.5).

Одновременное сравнение выявленной психопатологической симптоматики и сходных индивидуальных типологических свойств личности повышает достоверность психосоматического исследования.

Выраженность всех симптомов оценивалась по 4-балльной шкале: низкий уровень — 1 балл, средний уровень — 2 балла, высокий уровень — 3 балла, очень высокий уровень — 4 балла.

Сходные психологические и психопатологические изменения с функциональными изменениями в различных отделах позвоночника сравнивали по 8 направлениям, исходно используя методику Ю.А. Александровского [7].

Расчеты коэффициентов корреляции и средних отклонений проводили с помощью программ Microsoft Office Excel 2003, Statistica 6.0.

Основная группа состояла из 59 пациентов, находящихся на амбулаторном лечении в Центре восстановительной медицины. Из них 44 женщины (72%) в возрасте от 20 до 70 лет и 15 мужчин (28%) в возрасте от 18 до 65 лет. Средняя продолжительность заболевания составила у женщин $14,0 \pm 5,5$ года, у мужчин — $12,0 \pm 3,2$ года. Минимальная продолжительность заболевания в группе — 1 мес, максимальная — 25 лет.

Результаты и обсуждение. Причинами возникновения заболевания и его обострений пациенты чаще считали статические нагрузки на работе (38%), эмоциональный стресс (32%), травмы шейного отдела позвоночника (13%), подъем тяжестей (12%), переохлаждения и острые респираторные заболевания (5%). Поскольку по характеру жалоб можно установить ведущий патогенетический механизм раздражения синувентрального нерва [1], мы выявили, что в 48% случаев у пациентов преобладали дисфиксационные механизмы раздражения синувентрального нерва, компрессионные механизмы раздражения отмечены у 20%, дисциркуляторные механизмы — у 24% и воспалительные механизмы — у 8% пациентов. Анализ жалоб с использованием дополнительных методов исследования позволяет более точно провести патогенетическую терапию.

Течение заболевания в 6% случаев характеризовалось как острое и подострое, в 27% — как хроническое, в 61% — как рецидивирующее. В неврологическом статусе преобладали ограничение подвижности в соответствующих ПДС (88%), синдром нижней косой мышцы головы (70%), синдром сглаженности поясничного лордоза (46%) (табл. 1).

По данным реоэнцефалографии, наиболее часто выявлялись признаки нарушения в бассейне позвоночной артерии — у 37%, в бассейне внутренней сонной артерии — у 16% больных. Признаки нарушения венозного оттока наблюдались в 20% случаев. Преобладание патологических изменений справа отмечено в 15% случаев, слева — в 12%.

Клинико-рентгенологически у 48 пациентов (80%) преобладал тип нарушения осанки со сглаженностью физиологических изгибов. У 6 пациентов (10%) выявлялись изменения осанки по типу увеличения физиологических изгибов.

Восстановительное лечение пациентов проводили с учетом выявленных функциональных нарушений преимущественно немедикаментозными методами [13—15]. Применяли тракции, постизометрическую миорелаксацию, классическое иглоукалывание, фармакопунктуру, гомеосинеатрию препаратами Траумель С, Дискус композитум, ЦельТ. Использовали устройство для разгрузочной терапии позвоночника «Армос» [16, 17]. При выявлении дезадаптирующих типологических изменений проводили психокоррекцию [18]. Патогенетическую психотерапию [19] с обучением саморегуляции по методу «ключ» [20] осуществляли при выраженных психопатологических нарушениях.

Если до лечения наибольшие изменения вертебрального и экстравертебрального характера наблюдались в проекции шейного и верхнего грудного отделов позвоночника, то после лечения произошло значительное улучшение клинических показателей по типу сглаженности физиологических изгибов (см. табл. 1). Менее выраженное улучшение наблюдали у пациентов с исходным увеличением физиологических изгибов.

Количество выявленных патологических симптомов после лечения уменьшилось в 2 раза (рис. 1), что указывает на высокую эффективность психосоматического подхода к лечению пациентов с вертеброген-

ной цервикалгией. Сравнение полученных данных с аналогичными исследованиями [21] показало, что примененный нами подход обеспечивает достоверное сокращение сроков купирования болевого синдрома — в среднем в группе на 3,2 дня. У 66% больных отмечены случаи полной клинической стабилизации при наличии межпозвонковых грыж в шейном отделе позвоночника, у 69% — случаи достижения полноценной ремиссии при многолетнем хроническом течении заболевания.

При психосоматическом исследовании установлено (см. рис. 1), что до лечения наиболее часто выраженные симптомы выявляются в регионе головных суставов С₁—С₃ и шейно-грудного перехода С₇—Т₁. Частота их выявления постепенно снижается в направлении пояснично-крестцового отдела, но остается выраженной в регионе пояснично-крестцового сочленения L₅—S₁. После лечения наблюдается снижение в 2 раза количества психопатологических симптомов и симптомов нарушения функции спинномозговых нервов и повышение показателей ИТО по направлениям «экстраверсия», «спонтанность», «агрессивность», что указывает на купирование депрессивных и тревожных расстройств, развитие активности и самостоятельности пациентов.

Полученные данные иллюстрируют достоверные корреляции между типологическими особенностями личности и выявляемой психопатологической симптоматикой (r=0,72), типологическими особенностями личности и патологическими изменениями в позво-

Таблица 1

Клинические проявления при различных типах функционального нарушения осанки у пациентов с вертеброгенной цервикалгией

Тип функционального нарушения осанки	До лечения		После лечения		Среднее откл.	
	абс. число	%	абс. число	%		
Сглаженность физиологических изгибов:	48	88	11	22	±10,1	
ограничение подвижности в ПДС	48	88	9	16		
синдром нижней косой мышцы головы	38	70	4	7		
синдром грудино-ключично-сосцевидной мышцы	16	29	6	11		
синдром передней лестничной мышцы	6	11	1	2		
синдром верхнелопаточной области	5	9	3	5		
синдром передней грудной стенки	6	11	1	2		
синдром сглаженности поясничного лордоза	25	46	6	11		
синдром паравертебральных мышц	11	20	7	13		
ограничение подвижности в ПДС грудного отдела позвоночника	12	22	3	5		
ограничение подвижности в крестцово-подвздошном сочленении	13	24	2	4		
Увеличение физиологических изгибов:	6	11	6	11		±1,4
ограничение подвижности в ПДС среднешейного и шейногрудного отделов	6	11	4	7		
цервикалгия разгибателей шеи	4	7	2	4		
внутренний локтевой эпикондилез	1	2	—	—		
ограничение подвижности в ПДС грудного отдела	4	7	—	—		
синдром поясничного гиперлордоза	2	4	2	4		
ограничение разгибания в ПДС L ₁ —L ₂ , L ₂ —L ₃	3	5	2	4		
синдром кокцигодинии	2	4	—	—		

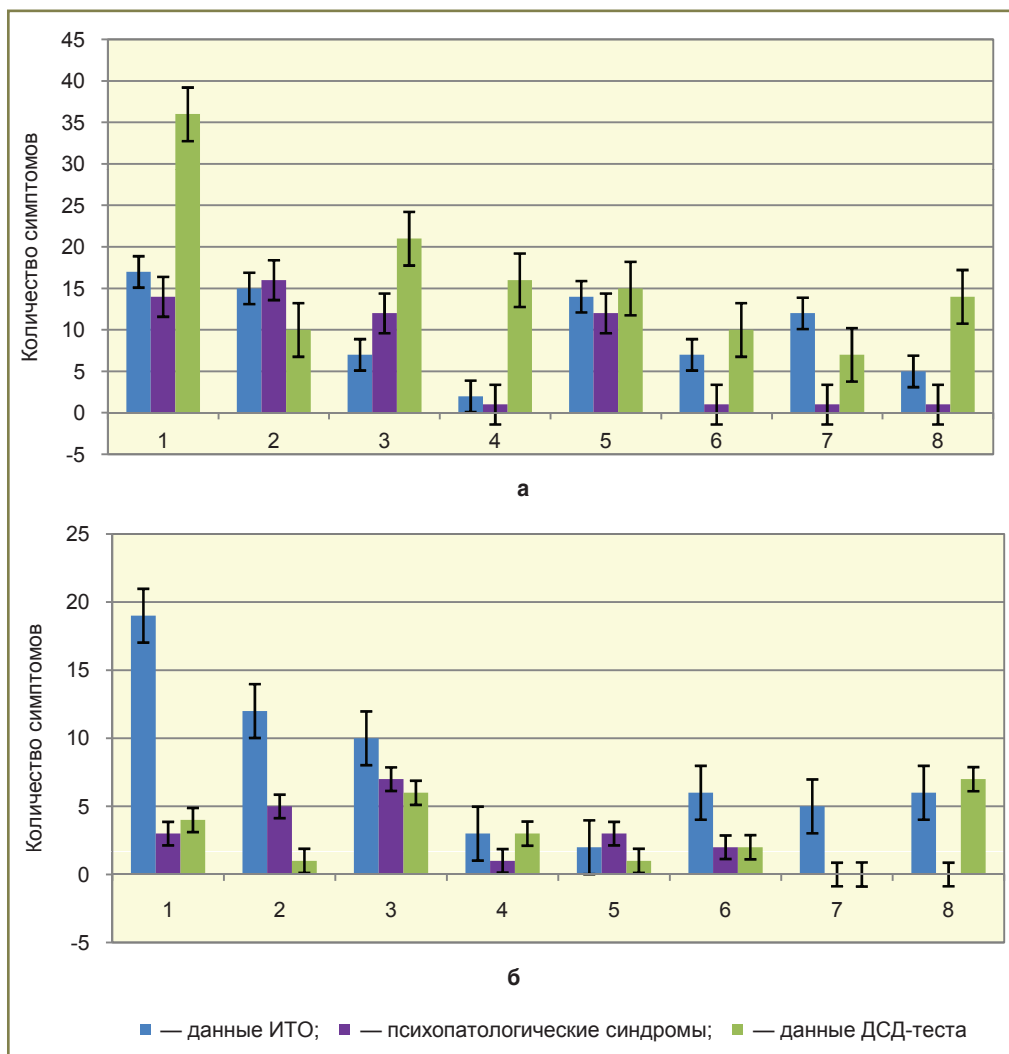


Рис. 1. Сравнение данных ИТО, выявленных психопатологических синдромов и данных ДСД- теста по регионам позвоночника: *а* — до лечения; *б* — после лечения; 1—3 — шейный отдел, 4—5 — грудной отдел, 6—8 — поясничный отдел

Т а б л и ц а 2

Выявленные психосоматические корреляции у пациентов с вертеброгенной цервикалгией (p=0,03)

Особенности личности по данным ИТО	Психопатологический синдром	Регион позвоночника	Частота выявления в группе
Экстраверсия	Аффективный	C ₁ —C ₃	5,7
Спонтанность	Астенический	C ₄ —C ₆	41
Агрессивность	Вегетативный	C ₇ —T ₁	40
Интраверсия	Тревожный	T ₉ —T ₁₂	41

ночнике (r=0,3), между психопатологической симптоматикой и патологическими изменениями в ПДС (r=0,41). Достоверные психосоматические корреляции между изменениями в отдельных ПДС и особенностями психических расстройств отмечены в четырех из восьми направлений психосоматического исследования (табл. 2).

Приводим клинический пример №1.

Больная Т., диагноз: «вертеброгенная цервикалгия, остеохондроз отделов C₅, C₆, C₇. Синдром вертебробазиллярной недостаточности». Жалобы на боли в области шеи, головные боли, головокружение при наклоне головы вперед. Объективные данные при осмотре: общее состояние — удовлетворительное, соматический статус без особенностей, АД — 120/85 мм рт. ст., пульс на артериях — 82 в минуту. Вертеброневрологический статус:

сглаженность шейного и поясничного лордозов, синдром нижней косой мышцы головы слева, синдром паравerteбральных мышц, ограничение подвижности в ПДС поясничного отдела позвоночника с обеих сторон. Рентгенологическое обследование: признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника, снижение высоты межпозвоночных дисков C₅/C₆, C₆/C₇, остеофиты в отделах C₅—C₆, артроз унковертебральных суставов. Заключение МРТ: задняя диффузная грыжа диска C₅/C₆, компримирующая дуральный мешок на 0,3 см и корешки с обеих сторон на 3 см. Лечение проводили с учетом индивидуального патогенеза, на основе выявленных клинических и психосоматических данных. Комплекс восстановительного лечения включал гомеосинеатрию препаратом Траумель С, препарат Вертигохель per os, постизометрическую миорелаксацию мышц шеи. С третьего дня начато обучение разгрузочной терапии на аппарате «Армос» с учетом данных ДСД-теста. Улучшение состояния наступило на второй день. Полное купирование симптоматики — на пятый день. В динамике наблюдается снижение тревожности, депрессивности, астенических расстройств (рис. 2). Повышение показателей экстраверсии, спонтанности свидетельствует о купировании депрессии.

Заключение. Подтверждено наличие патогенетических корреляций между изменениями в позвоночно-двигательных сегментах позвоночного столба, типологическими особенностями личности и связанными с ними психопатологическими феноменами. Выявление этих корреляций служит основой для выбора оптимальных индивидуальных схем восстановительного лечения пациентов с вертеброгенной цервикалгией и повышает его клиническую эффективность.

Выявленные корреляции можно использовать для повышения клинической эффективности восстановительного лечения вертеброгенных цервикалгий на фоне неврозов и неврозоподобных заболеваний.

Литература

1. *Веселовский В.П.* Практическая вертебрология и мануальная терапия. Рига; 1991; 340 с.
2. *Andersson H.I., Ejlertsson G., Leden I.* Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *The Clinical J of Pain* 1993; 9(6): 174—182.

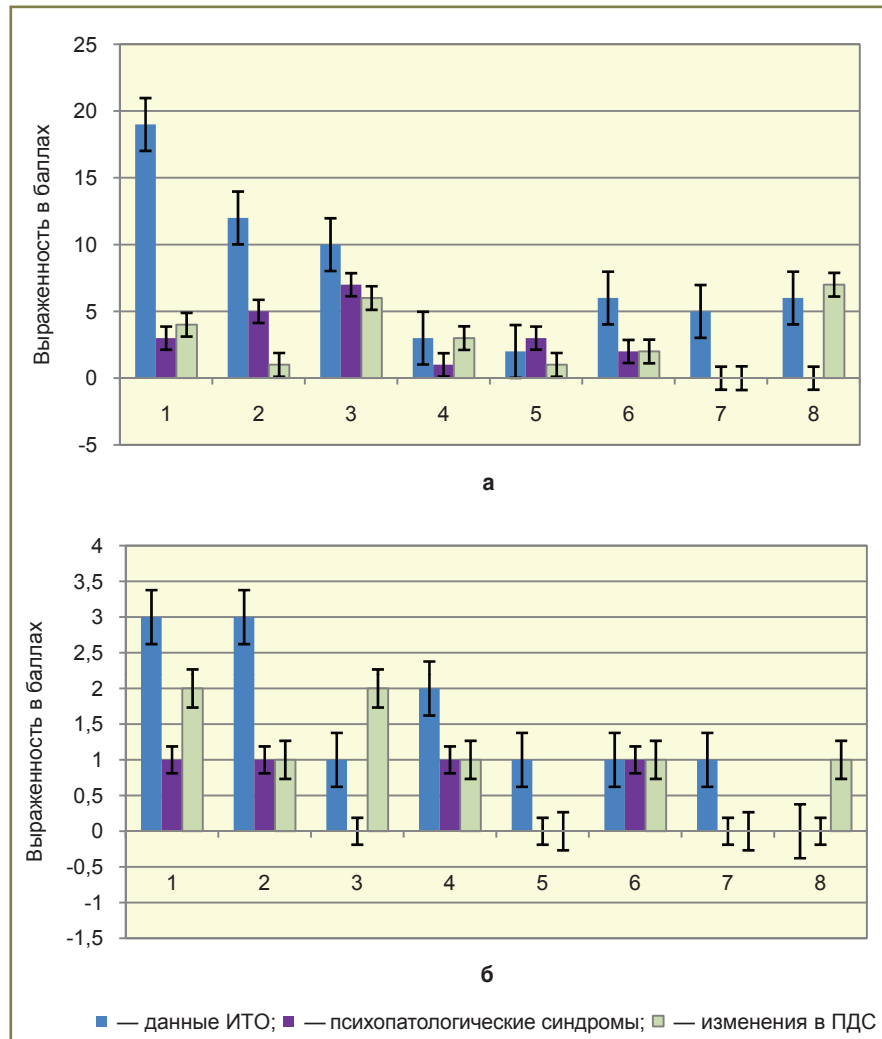


Рис. 2. Выраженность данных ИТО, психопатологических симптомов и изменений в ПДС у пациентки Т.: а — до лечения; б — после лечения; 1—3 — шейный отдел, 4—5 — грудной отдел, 6—8 — поясничный отдел

3. *Боренштейн Д.Г., Визель С.В., Боден С.Д.* Боли в шейном отделе позвоночника. Диагностика и комплексное лечение. Пер. с англ. М: Издательство «Медицина»; 2005; 792 с.
4. *Кузнецова О.В.* Прикладная кинезиология и акупунктура: Учебное пособие для врачей. Новокузнецк; 2002; 76 с.
5. *Руководство по телесно-ориентированной терапии.* СПб: Речь; 2007; 256 с.
6. *Григорьева В.Н.* Хронические боли в спине. Психологические особенности пациентов. Возможности терапии. *Боль* 2004; 3: 2—12.
7. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. М—Ростов-на-Дону: Издательство «Феникс»; 1997.
8. *Бойцов И.В.* Динамическая сегментарная диагностика нейрофункционального статуса систем организма. *Рефлексология М*; 2005; 4(8): 15—18.
9. *Суббота В.В.* Применение метода динамической сегментарной диагностики спинномозговых нервов (ДСД-тест) при лечении заболеваний позвоночника.

- ЛФК и массаж. Спортивная медицина 2008; 9(57): 23—25.
10. Ситель А.Б. Мануальная медицина. М: Медицина; 1993; 224 с.
 11. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. М: Институт прикладной психологии; 1997; 480 с.
 12. ВОЗ. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб: Оверлайд; 1994; 300 с.
 13. Белоусова Т.Е. Лечебные факторы малой интенсивности в реабилитации неврологических больных. В кн.: Сборник работ научной сессии, посвященной памяти проф. В.Г. Вогралака. Н. Новгород; 1999.
 14. Белоусова Т.Е., Аносов А.Н. Рефлексотерапия в восстановительном лечении больных вертеброгенными болевыми синдромами на шейном уровне. В кн.: Материалы Международного конгресса «Рефлексотерапия и мануальная терапия в XXI веке». М; 2006; с. 32—33.
 15. Белоусова Т.Е. Физиотерапевтические инновации и их значение в реабилитации инвалидов психоневрологического профиля. В кн.: Материалы международной конференции-семинара «Инновационные технологии ТВ в медико-социальном обслуживании лиц, страдающих психическими расстройствами». Городец; 2007; с. 55—58.
 16. Шевцов А.В., Шорин Г.А. Применение устройства «Армос» в реабилитации лиц с миофасциальным болевым синдромом вертеброгенного происхождения. В кн.: Материалы X конференции Московского проф. объединения мануальных терапевтов. М; 2000; с. 61—66.
 17. Шевцов А.В. Учебное пособие к методу лечебной разгрузки позвоночника с устройством «Армос». Челябинск; 2005.
 18. Осипова А.А. Общая психокоррекция. М: ТЦ Сфера; 2004; 512 с.
 19. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М: Медицина; 1985; 304 с.
 20. Шарипова М.М. Психорефлексотерапия с использованием метода «ключ». Рефлексотерапия 2002; 2: 44—46.
 21. Аносов А.Н. Динамика клинико-нейрофизиологических показателей у больных вертеброгенными цервик-алгиями в процессе их восстановительного лечения. Дис. ... канд. мед. наук. Н. Новгород; 2006; 158 с.