

УДК 612.75:612.8.01

Ковальова А.А.,

*викладач кафедри фізична терапія та ерготерапія
Національний університет
«Запорізька політехніка»;*

Ковальова О.В.,

*кандидат медичних наук, доцент
кафедри внутрішніх хвороб, загальної
практики-сімейної медицини, профпатології
та медичної реабілітації
ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»;*

Маляренко Ю.О.,
кандидат медичних наук, доцент кафедри
фізична терапія та ерготерапія
Національний університет
«Запорізька політехніка»
Україна, м. Запоріжжя

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ГІПЕРТЕНЗИОНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ПАТОЛОГІЇ ШИЙНО ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

До демографічних факторів ризику розвитку болю в хребті відносять вік, стать, соціально-економічний статус і рівень освіти. Перший епізод болю в спині найбільш часто виникає на третьому десятилітті життя [J.Корес]. Висока захворюваність відзначається у віці від 30 до 60 років. Підвищена фізична активність осіб молодого віку, можливо, обумовлює виникнення епізодів болю в спині. Зі збільшенням віку хребет більш схильний до пошкоджень, навіть під час відсутності великого навантаження, через наростання в ньому дегенеративних змін, що веде до виникнення хронічного болю в спині. Гострий біль в шийному відділі хребта частіше відзначається у жінок, а поширеність хронічного болю (тривалістю більше року) не має статевих відмінностей [A. Leclerc і ін.; J. Hill і ін.]. Патологія хребта безперечно пов'язана з розвитком синдромів, які порушують працездатність та викликають інвалідизацію. Люди приймають постійно препарати по загальному захворюванню, які не завжди можна комбінувати з базовою терапією при патології хребта (протизапальні препарати, анальгетики). Має місце розвиток синдромів, які резистентні до звичайної терапії, або мають незвичайну реакцію на них, побічну дію, алергію. При дегенеративних змінах шийного відділу хребта без сумніву розвивається деформація, здавлення брахицефальної артерії і в наслідок погіршення кровопостачання головного мозку. Артеріальна гіпертензія при патології шийного відділу хребта, розглядається у якості транзиторної реакції, яка є складовою частиною синдрому «хребетної артерії» або «вертебробазиллярної недостатності». Тобто перебіг захворювання погіршується в зв'язку з тим, що розвивається компенсаторне підвищення тиску у відповідь на гіпоксію мозку.

Частота перерахованих змін у хворих АГ становить понад 60%. Вертебральна кістково-м'язова компресія судин ший може бути стійким проявом дегенеративного процесу в області шийного відділу. Виникає необхідність в оцінці її ролі в формуванні тривалої системної реакції артеріального тиску і можливості не медикаментозної корекції означеної патології.

Звичайна фізіотерапія також може бути не показана за віком та наявністю супутнього захворювання.

Тому необхідно застосовувати альтернативні засоби лікування. Акцент, при сучасних стандартах лікування опорно-рухового апарату, на техніках щодо реабілітації та відновлення.

За період 2018-2020 рр. під наглядом у центрі хребта EUROSPINE та КУ «міська лікарня №8», знаходились 49 чоловіків із гіпертензіоним синдромом на тлі патології шийного відділу хребта.

Групи хворих були підібрані за віком (середній вік $54,3 \pm 4,2$), вагою (індекс Кетле в контрольній групі групи - від $21,35 \text{ кг/м}^2$ до $33,2 \text{ кг/м}^2$, 1-й групі - від $22,41 \text{ кг/м}^2$ до $33,12 \text{ кг/м}^2$, у 2-й - від $21,35 \text{ кг/м}^2$ до 36 кг/м^2), перебігу захворювання та програмою медикаментозної корекції гіпертензії.

Патологію хребта в першій групі при рентгенологічному дослідженні діагностували в 9 випадках в шийно-грудному відділі і в 9 - в шийному відділі, а в другій - в 10 випадках в шийно-грудному відділі і в 8 - в шийному, в контрольній групі 6 випадках в шийно-грудному відділі і в 9 - в шийному відділі,. У всіх пацієнтів відзначалася головний біль при кризі, зміні погоди, при стресі. Хворі перебували під спостереженням від 3 до 6 місяців. З огляду на фізіологію людей похилого віку, неможливо забезпечити адекватне зниження АТ і аналгезію цефалгічних форм в звичних терапевтичних дозах. Виникають патологічні рефлекси, які ведуть в подальшому до розвитку резистентних форм гіпертензії. Підвищення артеріального тиску відбувалося на тлі патології шийно-грудного відділу хребта, стійкого міофасціального синдрому у всіх групах. Така форма гіпертензії безсумнівно призводить до порушення мозкового кровообігу, порушенню ліквородинаміки (практично у всіх пацієнтів зафіксована внутрішньочерепна гіпертензія).

Стандартну медикаментозну терапію отримували 15 осіб, які склали контрольну групу.

17 пацієнтів першої групи отримували лікування в комбінації з фізіотерапевтичним лікуванням.

Клініка вираженої цефалгії ускладнює перебіг хвороби. Для лікування використовували апарат LEIT, який виробляє модульований електричний сигнал -МЕС. Робота по рефлексогенних зонах електричним струмом, що не ушкоджує та максимально копіює ендogenous (нейроподібний імпульс в діапазоні частот від 8 до 140 Гц.) дозволяє отримувати потужний анальгезуючий, протинабряковий, протизапальний ефекти. МЕС, якому притаманні нейроадаптивні властивості. Дозволяє зняти умовний патологічний рефлекс, а відповідно міофасціальний і больовий синдром. Сприяє нормалізації лимфовідтіку поліпшенню ліквородинаміки, зниженню внутрішньочерепного тиску. Дані феномени були досліджені за допомогою ЕЕГ, доплерографії з дуплексним скануванням.

В другій групі крім нейроадаптивного впливу застосовано консервативне безопераційне лікування, яке засноване на комплексній методиці EUROSPINE. Методика включає; дозоване м'яке витягування хребта на спеціальному приладі, що сприяє зняттю напруги, розвантаженню. В комплексі застосовується масаж; дихальна, вертебро-суглобова гімнастика з елементами постізометричної релаксації. Суглобова гімнастика застосовується з поступовою виробленням певного стереотипу рухів.

Динаміку рухової функції хребта, та його функціональних порушень досліджували на апараті IDIAGM360 комп'ютерної 3Д діагностики хребта (виробництво: Швейцарія сертифікат AGR-Quality Seal).

Оцінка больового синдрому і його динаміка в процесі лікування гіпертензійного синдрому оцінювалися по числовий шкалою болю (NPS - Numeric Pain Scale, ЧШБ). Аналіз ВРС дозволив оцінити стан вегетативної нервової системи.

Результати одержані в клініці EUROSPINE та на клінічній базі ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» (КУ «міська лікарня №8»).

Клінічно при застосуванні LEIT зникав головний біль, відчуття «розпирання» в голові, поліпшувався зір, зникали «мушки» перед очима. Відзначалася легкість, бадьорість, нормалізувалася формула сну, зменшувалася доза гіпотензивної терапії.

При аналізі стану пацієнтів порівняно з традиційними методами, доведено більшу ефективність методу лікування з по системі EUROSPINE в комбінації з LEIT, який дозволяє усунути умовно рефлекторні зв'язки.

Розроблено метод лікування, який сприяє суттєвому зменшенню терміну лікування міорелаксації, поліпшенню тканинної мікроциркуляції, стимуляції поліпшенню трофіки і регенерації за рахунок включення сегментарних і супрасегментарних регуляторних механізмів.

На підставі клінічних досліджень доведено доцільність застосування методики EUROSPINE особливо у осіб похилого віку. Практично не виявлено протипоказів щодо застосування у осіб похилого віку. Завдяки застосуванню методики EUROSPINE можна при застосуванні невеликої дози стандартних препаратів, або при відсутності їх, отримати довготривалий суттєвий терапевтичний ефект та покращити якість життя людини.

Застосування MEC в комбінації з EUROSPINE сприяло, при збереженні адекватних цифр АТ, зменшенню дози гіпотензивних препаратів, усуненню міофасціального і больового синдрому, стабілізації ликвородинаміки, вегетативної нервової системи, в порівнянні з контрольною групою.