

## ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕВЕРТЕБРОГЕННЫМИ НЕВИСЦЕРОГЕННЫМИ ТОРАКАЛГИЯМИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

**А. Васильев**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,

**В. Васильева**<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук,

**В. Шмырев**<sup>1,2</sup>, доктор медицинских наук, профессор,

**А. Мкртумян**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор

<sup>1</sup>УНМЦ УД Президента РФ,

<sup>2</sup>ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ, Москва

**E-mail:** alexvasiliev@mail.ru

*Рассмотрены вопросы ведения пациентов с торакалгиями различного генеза, влияние этих торакалгий на течение основного заболевания.*

**Ключевые слова:** торакалгия, диагностика, лечение, мягкотканная мануальная терапия.

Острые и хронические торакалгии разного генеза являются одним из синдромов, наиболее часто встречающихся в клинической практике врачей самых разных специальностей. В Европе распространенность хронической торакалгии составляет 25,4 на 100 опрошенных [18]. Можно предположить, что в России она аналогична.

Клиническое значение невертеброгенных невисцеральных торакалгий часто недооценивается, хотя в силу особенностей анатомического строения и иннервации грудной клетки торакалгии могут быть обусловлены широчайшим спектром заболеваний и состояний, представляющих в ряде случаев опасность для жизни, и оказывать серьезное негативное влияние на течение ряда видов патологии [9]. Так, торакалгия неизбежно ведет к ограничению респираторной функции грудной клетки и нарушению кашлевого механизма санации бронхов, что проявляется отягощением ряда острых и хронических заболеваний, в том числе пневмоний, острых бронхитов, хронических обструктивных бронхитов, бронхиальной астмы и т.д.

При обструктивной патологии особое значение имеет рефлекторное усиление спазма бронхов вследствие соматовисцеральных рефлексов. У больных кардиологического профиля по той же причине возможно возникновение или усугубление приступов стенокардии, обусловленное рефлекторным спазмом коронарных артерий. Аналогичным образом торакалгия может влиять и на респираторную функцию диафрагмы; она может обусловить дискинезию желчного пузыря, нарушения молокоотделения при лактации (с высоким риском развития мастита) и целый ряд других состояний. При синдроме функционального блока верхней апертуры грудной клетки существенно страдает церебральная гемодинамика.

В то же время велик риск протекания жизненно опасных заболеваний под маской торакалгии. Поэтому при обследовании пациентов с синдромом торакалгии, особенно остро

возникшим, необходимо обращать внимание на так называемые «красные флаги» («red flags»), при обнаружении которых нужно дообследование у соответствующих специалистов. К числу таких «флагов» нужно отнести: впервые возникший болевой синдром; кардиологическую, пульмонологическую и иную патологию торакальной локализации в анамнезе либо наличие таковой в момент обращения; признаки интоксикации; злокачественные заболевания в анамнезе; длительные или курсовые приемы кортикостероидов; ЛОР-заболевания в ближайшем анамнезе; недавнюю травму спины, шеи, грудной клетки или таза; наличие остеопороза; признаки поражения спинного мозга; прогрессирующий дефицит неврологической функции; резистентность к предположительно адекватной терапии.

С учетом вышеизложенного схема обследования пациентов с торакалгиями должна включать в себя следующие элементы:

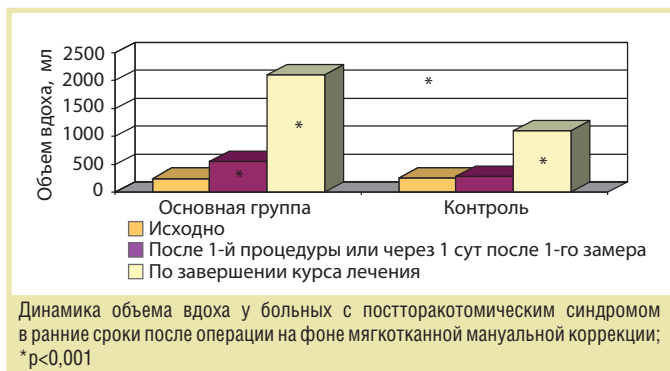
1. При острой, внезапно развившейся торакалгии после первичного клинического осмотра в первую очередь необходимо исключить ургентную патологию:

- острый инфаркт миокарда (ЭКГ: стандартные, усиленные и грудные отведения с обязательным использованием отведений по Небу, биохимический анализ крови на специфические кардиоферменты, ЭхоКГ);
- расслаивающую аневризму аорты и разрыв аневризмы аорты: консультация сосудистого хирурга, ЭхоКГ, компьютерная томография (КТ), мультиспиральная КТ-ангио, магнитно-резонансная ангиография;
- тромбоз легочной артерии (рентгенография грудной клетки, ЭКГ, сцинтиграфия легких);
- спонтанный или травматический пневмоторакс и эмфизема средостения, эмпиему плевры (рентгенография, КТ);
- перфорацию пищевода (рентгенография, эзофагоскопия, КТ, магнитно-резонансная томография – МРТ);
- перикардит и миокардит (ЭКГ, ЭхоКГ, КТ, МРТ);
- травматическое, метастатическое, воспалительное, системное поражение позвоночника и грудной клетки, особенно у лиц с системным остеопорозом (рентгенография и/или КТ грудного отдела позвоночника).

2. При хронической торакалгии и отсутствии данных за ургентную патологию необходимы:

- клинический осмотр, клинический и биохимический анализы крови для исключения висцеральной патологии;
- неврологический осмотр;
- при наличии показаний – МРТ позвоночника в соответствии с выявленными топическими изменениями;
- рентгенологическое обследование органов грудной клетки (при анализе рентгенограмм необходимо применять функциональный подход);
- выявление и мониторинг «red flags», при их наличии – комплекс обследований в соответствии с выявленным синдромом.

Невисцерогенная торакалгия в подавляющем большинстве случаев имеет многофакторный генез и вопреки широко бытующим взглядам обычно не связана с остеохондрозом, компрессионным поражением корешка или нерва [16, 17]. В отличие от висцерогенной торакалгии, ведущей причиной которой является патология органов грудной клетки, основой невисцерогенной торакалгии обычно становятся кожно-фасциальные, связочно-капсулярные и мио-



фасциальные изменения, а также дисфункции ребер и грудины (включая связочный аппарат) [2, 3, 6–8, 10, 12, 13, 22]. Необходимо отметить, что процессы в паренхиме легких и висцеральной плевре болью не сопровождаются [1].

Манифестация болевого синдрома у больных с наличием указанных дисфункций, как правило, связана с действием различных ситуационных факторов, например таких, как эпизодическое или длительное повышение внутригрудного давления, сопровождающееся резким сокращением мышц (сильный кашель, чихание, смех, натуживание, рвота и т.п.), случайные или тиражированные биомеханические ошибки вследствие неоптимального двигательного стереотипа, выполнение физических нагрузок, неадекватных функциональным возможностям пациента. Возникновение же функциональных изменений, способствующих формированию клинически значимых дисфункций и появлению торакалгий, может быть обусловлено действием самых разнообразных факторов.

В большинстве случаев для коррекции миофасциальных и иных биомеханических изменений, проявляющихся синдромом торакалгии, показано проведение консервативного лечения (миорелаксанты, противоотечная, сосудистая терапия и т.д.), а также мягкотканная мануальная терапия, массаж, ЛФК, физиотерапия, рефлексотерапия. Анализ данных литературы показывает, что только комплексная терапия позволяет добиться значимых стабильных результатов. Отдельно взятые методы эффективны, по разным сведениям, только в 36–50% наблюдений [10, 12].

Для диагностики и лечения наряду с вышеуказанными инструментальными методами мы применяли такие мягкотканые (остеопатические) мануальные техники, как: пост-изометрическая релаксация мышц [20, 21] с использованием дыхательных и глазодвигательных [19] синергий; миофасциальный релиз [14]; кожно-фасциальный релизинг [4]; метод мануальной инактивации триггерных точек [5]; постреципрокная релаксация [11]; периферические варианты кранио-сакральной техники, специально разработанные и модифицированные [15] на основе общепринятых [23].

У всех обследованных пациентов выявлены множественные биомеханические дисфункции грудной клетки, плечевого пояса, шеи и других отделов. Часто отмечались миофасциальные синдромы малых грудных, зубчатых, надостных и дельтовидных мышц, а также различные поструральные нарушения.

При проведении мягкотканной мануальной коррекции дисфункций отмечалось незамедлительное улучшение респираторной функции грудной клетки с достоверным ( $p < 0,001$ ) ростом показателей функции внешнего дыхания (см. ри-

сунок). В подавляющем большинстве случаев болевой синдром достоверно ( $p < 0,05$ ) уменьшался уже после 1-й процедуры. У ряда больных коррекция выявленных биомеханических дисфункций не привела к существенному ослаблению или купированию болевого синдрома. При дообследовании был установлен преобладающий нейропатический характер болевого синдрома и назначена патогенетически обоснованная терапия (лирика, нейронтин и т.д. с индивидуальным подбором дозы), давшая положительный эффект.

Таким образом, своевременная диагностика и коррекция указанных изменений, несомненно, имеют большое клиническое значение и позволяют существенно повысить качество жизни пациентов, а в ряде случаев – и избежать опасных осложнений. Важным условием для обеспечения такого ведения пациентов с торакалгиями на госпитальном этапе является включение в штатное расписание многопрофильных стационаров должности врача мануального терапевта с углубленной подготовкой по мягкотканым (остеопатическим) техникам.

## Литература

1. Болезни органов дыхания / под ред. Н.Р. Палева. – М.: Медицина, 2000. – 728 с.
2. Васильев А.С., Васильева В.В., Шмырев В.И. и др. Посттравматический синдром. Новые представления о клинике, патогенезе, возможностях диагностики и лечения // Кремль. мед. вестн. – 2006; 1: 56–60.
3. Васильев А.С., Васильева В.В., Шмырев В.И. и др. К вопросу о механизмах боли в спине у пациентов с посттравматическим синдромом // Материалы Российской научно-практической конференции «Боль в спине и миофасциальные синдромы». – Казань, 2006. – С. 113.
4. Васильева В.В. Техника кожно-фасциального релизинга // Материалы II конференции «Актуальные вопросы вертеброневрологии». – М., 1994. – С. 72–75.
5. Васильева В.В., Васильев А.С. Метод мануальной инактивации триггерных точек // Материалы III конференции «Актуальные вопросы мануальной медицины и вертеброневрологии». – М., 1996. – С. 55–57.
6. Васильева В.В., Васильев А.С. К вопросу о синдроме Титце // Материалы III конференции «Актуальные вопросы мануальной медицины и вертеброневрологии». – М., 1996. – С. 58–62.
7. Васильева В.В., Васильев А.С. Синдром Титце — частное проявление соматической дисфункции // Российская научно-практическая конференция «Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами». – Новосибирск, 1997. – С. 175–182.
8. Васильева В.В., Васильев А.С. Клиническое значение, возможности мануальной диагностики и коррекции неспецифических болевых синдромов у лиц с обострением обструктивной бронхолегочной патологии / Бюллетень № 10 Московского профессионального объединения мануальных терапевтов. – М., 2008. – С. 13–15.
9. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. – М.: Медицина, 1988. – 592 с.
10. Головиюк А.Л., Чернова Т.Г. Синдром Титце // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2009; 10: 65–68.
11. Ивановичев Г.А. Мануальная терапия: руководство, атлас. – Казань, 1997. – 448 с.
12. Ордабеков С.О. О синдроме Титце // Клиническая медицина. – 1989; 7: 120–121.
13. Тревелл Дж.Г., Саймонс Д.Т. Миофасциальные боли / пер. с англ. – Т. 1. – М.: Медицина, 1989. – С. 240.
14. Фоссгрин И. Миофасциальный релизинг-техника // Материалы к семинару. – Новокузнецк, 1994. – 14 с.
15. Шмырев В.И., Васильев А.С., Васильева В.В. Периферические компоненты постинсультного двигательного пареза (клиника, диагностика, коррекция, вопросы патогенеза). – М., 2003. – 152 с.
16. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология: справочник практического врача. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 944 с.
17. Яхно Н.Н., Богачева Л.А., Снеткова Е.П. и др. 7-й Всероссийский съезд неврологов: тезисы докладов. – Нижний Новгород, 1995. – № 517.
18. Bonomo L., Fabio F., Larici A. Non-traumatic thoracic emergencies: acute chest pain: diagnostic strategies // Eur. Radiol. – 2002; 12: 1872–1875.
19. Gaymans F. Die Bedeutung der Atemtypen für Mobilisation der Wirbelsäule // Manuelle Medizin. – 1980; 18: 96.
20. Lewit K. Postizometricka relaxace // Cos. Lek. Ces. – 1980; 119 (15–16): 450–455.
21. Mitchell F., Moran P., Pruzzo N. An Evaluation of Osteopathic Muscle Energy Procedures – Valley Park: Pruzzo, 1979.
22. Shmyrev V., Vasileva V., Vasilev A. et al. Osteopathic correction of the thorax dysfunctions after coronary artery bypass operation. European journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Supplement 8th World Congress of Cardiac rehabilitation and Secondary Prevention, Dublin, 23–26 May, 2004. Congress Abstracts, V11, Suppl.1, p. 105
23. Upledger J., Vredevoogd J. Craniosacral Therapy. Seattle: Estland Press. – 1983.

### MANAGEMENT OF THE PATIENTS WITH NONVERTEBROGENIC NON-VISCEROGENIC THORACALGIA IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

**A. Vasilyev**, Candidate of Medical Sciences; **V. Vasilyeva**, Candidate of Medical Sciences; **Professor V. Shmyrev**, MD; **Professor A. Mkrumyan**, MD  
 Training Research Medical Center, Department for Presidential Affairs of the Russian Federation; Central Clinical Hospital with Polyclinic, Department for Presidential Affairs of the Russian Federation, Moscow  
 The paper considers the issues of management of patients with different genesis thoracalgias and the impact of these thoracalgias on the course of the underlying disease.

**Key words:** thoracalgia, diagnosis, treatment, soft tissue manual therapy.