

ЛЕЧЕНИЕ КАРДИАЛГИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНЫМИ И СОМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ, МЕТОДАМИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

М.В. ТЮШИНА*, В.В. МАЛАХОВСКИЙ**

*ГБУЗ «ГП №22 ДЗМ», ул. Кедрова, д. 24, г. Москва, Россия, 117218

**Первый Московский государственный медицинский университет им И.М.Сеченова, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Москва, Россия, 119991

Аннотация. В настоящее время боль в области сердца остается одной из актуальных проблем в медицинской практике. Высокая смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний заставляет практического врача в первую очередь предположить у пациента с болью в грудной клетке наличие ишемической болезни сердца или стенокардии. Однако причиной кардиалгического синдрома может быть как патология коронарных сосудов, так и различные экстракардиальные заболевания. Основными видами хронических кардиалгий являются вертеброгенные, психогенные, дисгормональные в климактерическом периоде, а также обусловленные гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и патологией гепатобилиарной системы. В этой ситуации от врача требуется знание четких критериев для дифференциальной диагностики данных состояний, а ведение больных с кардиалгиями требует в каждом случае разностороннего обследования и комплексного лечения, с учетом выявленной патологии, что успешно решается при лечении методами рефлексотерапии. Во-первых, рефлексодиагностика достаточно эффективно сочетается с общими диагностическими мероприятиями, ускоряя постановку диагноза. Во-вторых, методы рефлексотерапии позволяют воздействовать на организм, принимая во внимание индивидуальные особенности и отклонения у данного конкретного человека, что особенно важно в случае полиэтиологических заболеваний.

Ключевые слова: кардиалгия, торакалгия, рефлексотерапия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, климакс.

TREATMENT OF CARDIALGIA DUE TO PSYCH-VEGETATIVE AND SOMATIC DISORDERS BY REFLEXOTHERAPY

M.V. TYUSHINA*, V.V. MALAKHOVSKIY**

*GBUS GP 22 DMS, Kedrova str., 24, Moscow, Russia, 117128

** I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Trubeckaya str., 8/2, Moscow, Russia, 119991

Abstract. Currently, the pain in a heart still is one of actual problems in medical practice. A high death rate by cardio-vascular diseases makes every doctor to presume the presence of coronary heart disease in patient's chest wall first of all. However, the cause of pain in the heart can be both pathology of coronary vessels and a variety of extra-cardiac disease. The main types of chronic cardialgia are vertebral, psychogenic, dishormonal, as well as resulted from gastro-esophageal reflux disease and pathology of the hepatobiliary system. In this situation a doctor has to be conversant with strict criteria for the differential diagnosis of these conditions, as the care of patients, suffering from cardialgia, requires in each case, the versatile survey and comprehensive treatment, taking into account the identified pathology that's used to be successfully solved in the treatment methods of reflexotherapy. Firstly, reflex-diagnosis efficiently combines with common diagnostic measures, speeding up the diagnosis. Secondly, methods of reflexotherapy is enable influencing on an organism, taking into account the individual characteristics and deviations of present particular person, what is especially important in case of dealing with polyetiologial diseases.

Key words: cardialgia, thoracalgia, reflexotherapy, gastro-esophageal reflux disease, climax.

Введение. В настоящее время проблема кардиалгий не теряет своей актуальности. В практическом здравоохранении, на приеме у врача терапевта 22% пациентов среди жалоб указывают на боль в области сердца. В связи с тем, что заболеваемость и смертность, обусловленная сердечно-сосудистыми заболеваниями, по статистике прочно удерживает первое место, очень большое внимание уделяется учеными и врачами методам экспресс-диагностики и лечения больных с коронарной патологией. В этом отношении, значительные успехи отмечаются в ведении больных данного профиля как на догоспитальном, так и госпитальном этапе [24, 25, 30]. Поэтому, можно сказать, что имеющиеся в настоящее время стандарты оказания медицинской помощи позволяют достаточно быстро и точно отделить пациентов кардиалгического, хирургического, инфекционного профиля от больных, страдающих какими-либо хроническими

заболеваниями, не требующих ургентной терапии. К сожалению, когда подозрение на коронарный синдром не подтверждается, дальнейшие действия в отношении «хроников» с кардиалгиями пока не достаточно хорошо разработаны. Данная группа пациентов часто, посетив еще одного-двух специалистов, а не получив весь необходимый набор исследований и консультаций с адекватным лечением, просто привыкает жить с болью, что значительно сказывается на качестве жизни и состоянии здоровья в целом.

Есть еще один важный момент, с которым приходится встречаться – гипердиагностика. В основном, это имеет отношение к пациенткам с дисгормональными нарушениями климактерического периода. Схожая клиническая картина и наличие изменений на *электрокардиограмме* (ЭКГ) могут послужить причиной постановки неверного диагноза, а, следовательно, и назначения некорректного и неэффективного лечения. «Сама по себе проблема кардиалгии связана, прежде всего, с гипердиагностикой коронарной патологии, ведущей к запугиванию пациентов, напрасной гепаринизации больных, переводу на инвалидность в связи с ошибочно диагностированным инфарктом миокарда людей, которые при правильном подходе не нуждались даже в больничном листе, назначении не нужных лекарств» [4].

В нашей практике мы увидели назревшую потребность оптимизировать имеющиеся подходы к ведению больных с кардиалгическим синдромом. Прежде всего, надо учитывать то, что он полиэтиологичен. Болевой синдром может быть вызван дисфункцией как одной, так и нескольких систем организма. Это в обязательном порядке должно учитываться при составлении плана лечения. Изучение публикаций по различным медицинским специальностям, статистических данных многочисленных источников, позволило нам выделить пять основных причин вызывающих хронический болевой синдром в области сердца [2, 17, 26].

1. Вертеброгенные кардиалгии. Среди факторов, вызывающих кардиалгический синдром, вертеброгенные составляют 23-42%. Причиной болевого синдрома считается сдавление корешка смещенным межпозвоночным диском, изменение фораменального отверстия, раздражение пограничной симпатической цепочки, артрозо-артрит межпозвоночных суставов, воспалительные изменения нервных корешков. В последние десятилетия ряд авторов активно развивает остеогенную концепцию нейроортопедических заболеваний, где важную роль в развитии клинических проявлений остеохондроза позвоночника отводится костным структурам позвоночника, их сосудистому и рецепторному аппаратам, а также, повышению внутрикостного давления, что является одним из мощных болевых факторов [9].

Рентгенологические критерии комплексной оценки вертебральных нарушений:

1. Критерии нарушения двигательной функции позвоночного сегмента – патологическая подвижность или обездвиженность («блок») одного или несколько сегментов.

2. Критерии фиксации позвоночного сегмента — выпрямление физиологических искривлений или локальный угловой кифоз, лордоз, сколиоз, смещение остистых отростков, а в далеко зашедших случаях — сближение поперечных отростков тел позвонков, локальный «блок» (симптом «распорки»).

3. Критерии нарушения амортизационной функции диска — сужение межпозвоноковой щели, субхондральный склероз, наличие передних, задних или заднебоковых остеофитов, образование унковертебрального артроза, обызвествление фиброзного кольца.

По имеющимся данным основными синдромами, выявляющимися при вертебро-миофасциальных торакалгиях являются следующие: синдром передней грудной стенки (31,4%), лопаточно-реберный синдром (20,9%), вертебро-кардиальный синдром (47,7%). При этом наиболее частыми вертебро-неврологическими симптомами являются: нарушение объема активных движений грудного отдела позвоночника (97,8%), наличие функциональных и органических блоков позвоночно-двигательных сегментов (83,6%), корешковые (62,7%), и мышечно-тонические нарушения (59,7%) [21, 22].

Для дифференциальной диагностики *миофасциального болевого синдрома* (МФБС) с коронарной кардиалгией требуется следующий минимум лечебно-диагностических мероприятий:

1. Тщательный анализ жалоб с выявлением типичных признаков стенокардитических болей.

2. ЭКГ.

3. Пробы с антиангиальными препаратами.

4. Определение признаков вертебрального синдрома (деформация и биомеханические нарушения позвоночника, ограничение движений в нем, напряжение и болезненность паравертебральных мышц, наличие зон гиперестезии или гипестезии).

5. Рентгенологическое исследование позвоночника.

6. Мануальное исследование мышц передней грудной стенки (большой, малой грудных и других). Пальпация мышц передней грудной стенки при пекталгическом синдроме выявляет признаки миофасциальной дисфункции в виде локальных болезненных зон и уплотнений в виде образований округлой формы, тяжей или валиков (триггерных точек), надавливание на которые усиливает или провоцирует характерную боль. Обычно зоны локальной пальпаторной болезненности в мышцах совпадают с зонами субъективных болевых ощущений [27].

Терапия больных с вертеброгенно- и миофасциально-обусловленными кардиалгиями включает в себя применение нестероидных противовоспалительных препаратов, нейрометаболической терапии, миорелаксантов.

Система немедикаментозного воздействия наиболее эффективна при сочетании различных техник мануальной терапии с биомеханической коррекцией позвоночника, рефлексотерапии (акупунктуры, прессуры, вакуумтерапии и т.п.) и лечебной физкультуры. Цель сочетания данных методов заключается в создании нового динамического паттерна, ликвидации триггерных точек и симметризации мышечного корсета.

2. Психогенные кардиалгии. По имеющимся данным, при наличии болей в области сердца с неизменными при этом коронарными артериями, в 37-43% у пациентов выявляются признаки панических расстройств [3]. Помимо этого, психовегетативные нарушения могут сопутствовать соматической патологии, усугубляя течение основного заболевания, либо выходят на первый план как причина кардиалгического синдрома. В связи с этим, в 80% кардиалгий различного генеза присутствует психогенный фактор.

Согласно классификации вегетативных нарушений [3], психогенные кардиалгии следует относить к вторичным церебральным (надсегментарным) вегетативным нарушениям, которые характеризуются расстройством функции сердечно-сосудистой системы в виде разнообразных клинических проявлений субъективного и объективно-функционального характера без наличия органических изменений со стороны кардиоваскулярной системы.

При этом различают два класса болей в области сердца:

1) кардиалгии в структуре синдрома вегетативной дистонии, клинически проявляющиеся психовегетативными нарушениями;

2) кардиалгии с минимальными сопутствующими вегетативными расстройствами (кардиофобический или кардиосинестопатический синдром в рамках ипохондрической фиксации на область сердца).

Стандартное лечение предполагает назначение вегетотропных препаратов, вазоактивных средств, нейрометаболитов, малых нейролептиков, классических бензодиазепинов, высокопотенциальных диазепинов, трициклических антидепрессантов, ингибиторов обратного захвата серотонина. Из нелекарственных методов используются: психотерапия, аутогенная тренировка, дыхательная гимнастика, лечебная физкультура, мануальная терапия, рефлексотерапия, санаторно-курортное лечение.

3. Дисгормональные кардиалгии в перименопаузальном периоде. Отдельного изучения требует проблема климактерической кардиопатии, которая в 71,4-88,9% случаев протекает с кардиалгическим синдромом и требует обязательной дифференциации от мелкоочагового инфаркта миокарда, т.к. на электрокардиограмме специфические изменения могут присутствовать в обоих случаях [4, 16].

Выраженный дефицит половых стероидов, и, прежде всего эстрогенов, вызывает системные изменения в органах и тканях вследствие нарушения гормонального гомеостаза. Симптомокомплекс, осложняющий физиологическое течение климактерического периода, обозначается, как *климактерический синдром (КС)*.

Климактерический период (КП) лишь у 20-50 проц. женщин проходит бессимптомно, а в 40-80 проц. случаев имеют место те или иные нарушения. Нередко в его начале (пре- и менопаузе) возникают жалобы на кардиалгии неясного генеза [23].

Дифференциальная диагностика менопаузальной кардиомиопатии и ишемической болезни сердца имеет очень большое значение для дальнейшей терапии пациентки, эффективности лечения, прогноза заболевания. Сложность заключается в том, что в период менопаузы у большинства женщин выявляются различные субъективные и объективные нарушения, которые могут наблюдаться и в случае дисгормональных нарушений и при патологии коронарных сосудов сердца.

Фундаментальные исследования последних лет показали, что различные типы эстрогенных, прогестероновых и андрогенных рецепторов расположены не только в основных органах-мишенях (матке и молочных железах). Они обнаружены в центральной нервной системе, клетках костной ткани, эндотелии сосудов, миокардиоцитах, фибробластах соединительной ткани, урогенитальном тракте, в слизистой оболочке рта, гортани, конъюнктивы, толстом кишечнике. Следовательно, резко выраженный дефицит половых стероидов, и, прежде всего эстрогенов, вызывает изменения во всех этих органах [13].

Характерными для менопаузальной кардиомиопатии являются следующие проявления: чувство прилива жара, головные боли, головокружения, эмоциональная лабильность, боли в области сердца, сердцебиение, иногда перебои в работе сердца, одышка, повышение артериального давления. Кардиалгии обычно ноющего характера, не связаны с физической нагрузкой, не купируются приемом нитратов. На ЭКГ могут регистрироваться отрицательные зубцы *T*, реже смещение сегмента *ST*, экстрасистолия. Изменения носят транзиторный характер, не всегда коррелируют с кардиалгией, наблюдаются длительно.

Для постменопаузы характерны следующие гормональные критерии: низкий уровень эстрадиола (<80 пмоль/л); высокое содержание ФСГ; индекс ЛГ/ФСГ менее единицы; величина соотношения эстрадиола / эстрон менее единицы; возможна относительная гиперандрогения; низкий уровень ингибина.

О степени тяжести КС можно судить по так называемому менопаузальному индексу Куппермана. Каждый симптом оценивается по степени выраженности от 0 до 3 баллов, после чего по общей сумме баллов определяют степень тяжести климактерического синдрома.

Сердечной недостаточности при менопаузальной кардиомиопатии обычно не наблюдают. Нагрузочные тесты у 2/3 пациенток ложноположительные, нередко отмечают реверсию зубцов Т и смещение сегмента ST до 1 мм. При этом не характерно появление боли в области сердца. В связи с этим результаты нагрузочного тестирования, как и изменение ЭКГ в покое, не являются самоопределяющими в дифференциальной диагностике менопаузальной кардиомиопатии и ИБС.

Важным является тот факт, что у большинства пациенток с менопаузальной кардиомиопатией наблюдают факторы риска, характерные и для атеросклероза, и для ИБС, – нарушения липидного обмена, артериальную гипертензию, сахарный диабет, ожирение. В связи с этим их диагностическое значение значительно снижается.

В менопаузальном периоде можно выделить два варианта течения: менопаузальная кардиомиопатия, описанная выше и гормонально-метаболический вариант, со слабо выраженными клиническими проявлениями и отсутствием изменений на ЭКГ, сопровождаемый, в о многих случаях, кардиалгией.

В основе менопаузальных нарушений, независимо от их варианта, лежит эволюционная овариальная недостаточность и, в первую очередь, снижение функции эстрогенов.

Наиболее существенными критериями для дифференциальной диагностики менопаузальной кардиомиопатии и ИБС являются следующие:

1. Появление ангинозного синдрома до периода менопаузы или через несколько лет после его наступления, вероятнее всего, обусловлено ИБС.

2. Появление ангинозных болей при физической нагрузке, их кратковременность, а также эффективность применения при этом нитратов характерна для ИБС.

3. Нагрузочная проба со смещением сегмента ST более 1 мм, особенно сопровождаемая ангинозным синдромом, является важной составляющей диагноза ИБС в период менопаузы.

4. Наличие рубцовых изменений на ЭКГ (патологический зубец Q), а также зон дискинезии при эхокардиографии является объективным признаком ИБС.

5. Нарушения липидного обмена, сахарный диабет, артериальную гипертензию, особенно наблюдаемые до менопаузы, необходимо рассматривать (в совокупности с другими критериями) как важные факторы в пользу диагноза ИБС.

6. Синтетический анализ особенностей клинических проявлений и функционально-диагностических тестов является основой дифференциальной диагностики менопаузальной кардиомиопатии и ИБС.

7. Проведение коронарографии у пациенток в период менопаузы может рассматриваться как окончательный вариант диагностики в особо сложных диагностических случаях.

В настоящее время для терапии КС чаще применяются препараты, специально предназначенные для заместительной гормональной терапии. В состав этих препаратов входит активный эстроген – этинилэстрадиол или эстрадиол валериат, представленный в различных дозах. Прогестагенный компонент большинства из этой группы препаратов представлен производными 19 – норгестостерона

Учитывая наличие большого числа побочных действий и противопоказаний для заместительной гормональной терапии, проблема менопаузальных кардиалгий требует поиска дополнительных и альтернативных методов терапии данного синдрома.

4. Обусловленные гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) кардиалгии. Всё больше внимания стало уделяться исследованию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. На международном консенсусе в Монреале («*Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease*», опубликован в 2006 г) был отдельно выделен синдром рефлюксной боли в грудной клетке, подчеркивая его особую клиническую значимость. Во-первых, достаточно большие сложности вызывает дифференциальная диагностика кардиалгий, связанных с рефлюксом, и при патологии сердечно-сосудистой системы в связи с единой иннервацией кардиоэзофагеальной зоны. Во-вторых, данные различных исследований свидетельствуют о том, что в 50% случаев кардиалгия, не связанная с ишемической болезнью сердца, обусловлена патологическим гастроэзофагеальным рефлюксом. По данным *Richter J.E.*, у больных рефлюксной болезнью боль в груди занимает второе место по частоте после изжоги [30].

В западных странах ГЭРБ определяется у 10-30% населения, в Российской Федерации – у 11,6-23,6% в зависимости от региона. В большом количестве случаев, ГЭРБ сопровождается кардиалгическим синдромом, проявляющемся болью за грудиной или в области сердца, повышением артериального давления, транзиторными нарушениями сердечного ритма и проводимости, диффузными изменениями миокарда у больных без фоновой кардиальной патологии [7, 11, 12, 30].

По данным различных источников, существует несколько факторов, способствующих возникновению кардиалгического синдрома. Раздражение рецепторов слизистой оболочки пищевода желудочным содержимым при его попадании в пищевод приводит к нарушению моторной функции, хаотическим не-

пропульсивным сокращениям нижней трети пищевода, спазму его мышц, гипертензии мышц нижнего пищеводного сфинктера. Эти факторы могут стать причиной болевых ощущений за грудиной [8]. Механизм возникновения дисритмических проявлений ГЭРБ также опосредован возбуждением кислым рефлюктом рефлексогенной зоны дистальной части пищевода с развитием висцеро-висцеральных рефлексов, моделирующихся через *nervus vagus* и приводящих к коронарному спазму и аритмиям.

ГЭРБ — одно из наиболее распространенных хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, характеризующееся высоким уровнем рецидивирования и в 25–50% случаев требующее применения кислотоснижающих препаратов в течение всей жизни [30]. ГЭРБ характеризуется также высокой распространенностью, четкой тенденцией к увеличению заболеваемости во всех странах мира, трудностями диагностики, сложностью лечения, существенным негативным влиянием на качество жизни пациентов.

Для лечения больных ГЭРБ в настоящее время используются антисекреторная терапия современными ингибиторами протонной помпы, такими как рабепразол. При наличии рефрактерного рефлюксного синдрома дополнительно применяют прокинетики последних поколений, например, итоприд [20].

5. Связанные с патологией гепатобилиарной системы кардиалгии. В связи с увеличением числа пациентов с заболеваниями желчевыводящей системы, не менее актуальным в медицинской практике становится холецистокардиальный синдром [5]. Ещё С.П. Боткин, отмечал возможность рефлексорных болей в сердце при желчекаменной болезни в клинических лекциях (1883). Особую сложность представляет то, что данный синдром в большинстве случаев протекает с преобладанием парасимпатического тонуса, лабильностью пульса и артериального давления, астеноневротическими явлениями, что может заставить врача выставить неверный диагноз нейроциркуляторной дистонии, упустив ведущий патологический фактор.

Холецистокардиальный синдром – это комплекс клинических симптомов, проявляющийся болями в области сердца (кардиалгия), метаболическими расстройствами в миокарде с нарушением ритма и проводимости, одышкой, иногда ухудшением коронарного кровообращения в результате рефлексорных и инфекционно-токсических воздействий на миокард, появляющихся вследствие поражения патологическим процессом желчного пузыря.

В последние годы во всех странах мира увеличивается число пациентов с заболеваниями желчевыводящей системы, ведущее место среди них занимает бескаменный холецистит, частота выявления которого достигает 35%, а у пациентов пожилого возраста – 70%. Наиболее часто бескаменный холецистит обнаруживают среди населения больших промышленных городов. Желчекаменная болезнь широко распространена в развитых урбанизированных странах и диагностируется в среднем у 10-15% населения.

Распространенность желчекаменной болезни зависит от пола и возраста, женщины страдают чаще, чем мужчины: почти каждая пятая женщина и десятый мужчина, причем 5-20% женщин – в возрасте от 20 до 50 лет, 25-30% – старше 50 лет. У мужчин эти показатели несколько ниже. Кроме того, высокая заболеваемость регистрируется у лиц, работа которых связана с психоэмоциональными нагрузками, ведущих малоподвижный образ жизни.

Заболевания желчевыводящих путей помимо классической клинической картины имеет целый ряд «масок»: кардиальную, аллергическую, тиреотоксическую, невротическую, ревматическую, солярную, желудочно-кишечную и другие. Наиболее часто встречается кардиальная форма.

Холецистокардиальный синдром может возникать при следующих заболеваниях желчевыводящих путей: хроническом бескаменном холецистите; остром и хроническом калькулезном холецистите (максимально проявляется во время желчной колики); холедохолитиазе без развития желчной гипертензии, с желчной гипертензией (с развитием механической желтухи); патологических процессах, приводящих к сужению терминального отдела общего желчного протока (стенозирующий папиллит, опухоли большого сосочка двенадцатиперстной кишки, индуративный панкреатит).

Патогенез холецистокардиального синдрома имеет несколько механизмов реализации: рефлексорные влияния на коронарные сосуды, сдвиги метаболизма миокарда (особенно в момент желчной колики) и инфекционно-токсическое воздействие на сердечно-сосудистую систему при остром воспалительном процессе в желчевыводящих путях.

Основным диагностическим методом при болезнях гепатобилиарной системы является ультразвуковое исследование. Для диагностики холангиолитиаза и стриктур желчевыводящих путей может использоваться ретроградная холангиопанкреатография. В сложных диагностических случаях, особенно при обтурационной желтухе, все чаще применяют магнитно-резонансную холангиографию и компьютерную томографию.

В клинической практике при патологии желчевыводящих путей отмечаются такие симптомы, как тахикардия, повышение пульсового и венозного давления, имогут быть изменения на ЭКГ в виде экстрасистол, укорочения интервала атриовентрикулярной проводимости, блокады правой ножки пучка Гиса, псевдокоронарных нарушений сегмента *ST* и зубца *T*.

Холецистокардиальный синдром проявляется кардиалгиями, обусловленными висцеро-висцеральным рефлексом по блуждающему нерву. Боли могут быть длительными, приступообразными, сопровождаться диспептическими явлениями. Выявляются положительные симптомы Мерфи, Кера, Гаусмана, Лепене. Характерен также сопутствующий синдром вегетативной дисфункции с преобладанием парасимпатического тонуса, невротический синдром является практически неотъемлемой частью клиники патологии желчевыводящих путей. Сочетание кардиальных жалоб с астеноневротическими явлениями, лабильностью пульса и артериального давления может привести к постановке ошибочного диагноза вегетососудистой дистонии.

Во время болевого приступа в крови отмечаются лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ, билирубинемия, гипергликемия, повышение уровня амилазы.

Из инструментальных методов обследования в первую очередь рекомендуется использовать ультрасонографию. На эхограммах обычно хорошо видны крупные и мелкие конкременты желчного пузыря, диффузное либо локальное утолщение стенки желчного пузыря (более 4 мм) и повышение ее эхоплотности, а также вокруг желчного пузыря бедная эхосигналами тень от его стенок в виде «нимба». Дополнительными признаками являются удвоение контура стенок желчного пузыря, обнаружение осадка в желчном пузыре и т. д.

При наличии смешанных или известковых камней на обзорной рентгенограмме видны тени конкрементов. При холецистографии и холеграфии холестериновые и пигментные камни дают просветления или дефекты наполнения, часто тень желчного пузыря отсутствует.

На ЭКГ во время приступа боли отмечаются отрицательные волны *P* в правых грудных и в III стандартном отведении. Нередко имеют место нарушения ритма (экстрасистолия, атривентрикулярная блокада I ст.), отмечаются диффузные изменения миокарда. При нарушении ритма сердечной деятельности, как указывалось выше, для проведения дифференциальной диагностики необходимо учитывать следующие особенности: появление аритмии с началом желчной колики, переход аритмии в неблагоприятную форму при обострении воспаления желчевыводящих путей и нарастании билиарной гипертензии, малую эффективность традиционной антиаритмической терапии.

На сегодня накоплен определенный клинический опыт, который позволяет выделить основные практические рекомендации в лечении этой категории больных.

При желчекаменной болезни в сочетании с холецистокардиальным синдромом возможны два варианта лечения: оперативный – метод выбора, приоритет сегодня отдается щадящим хирургическим технологиям – лапароскопической холецистэктомии; консервативный – при наличии холестериновых желчных камней (рентгеннегативных) размером до 10-15 мм при условии сохранности функции желчного пузыря и проходимости пузырного протока, заполнении конкрементами желчного пузыря не более чем наполовину.

Следует отметить, что холестериновые камни составляют 80-90% желчных камней у представителей европейской популяции. Консервативную терапию назначают, как правило, при невозможности удаления желчных холестериновых камней хирургическим или эндоскопическим методом и большим, категорически отказывающимся от операции. Применяют препараты урсодезоксихолевой и хенодесоксихолевой кислот, их комбинации, действие которых направлено на растворение холестериновых рентгеннегативных камней в желчном пузыре.

Цель исследования – изучить эффективность применения методов рефлексодиагностики и рефлексотерапии при лечении кардиалгий различного генеза.

Задачи исследования:

1. Оценить данные клинических и инструментальных методов обследования.
2. Оценить имеющиеся сопутствующие заболевания у больных с кардиалгиями.
3. Провести оценку психо-эмоционального и вегетативного статуса пациентов, и степени выраженности болевого синдромов.
4. Провести обследование методами аурикулодиагностики.
5. Оценить эффективность методов рефлексотерапии при лечении кардиалгий различного генеза.

Материалы и методы исследования. Группу обследования и лечения составили 120 человек, пролеченные нами в период с 2013 по 2015 год (19 мужчин, 101 женщина 18-75 лет). *Критерии включения* – наличие кардиалгического синдрома. *Критерии исключения* – имеющиеся у больного общие противопоказания для проведения рефлексотерапии.

Направляющий диагноз: дорсопатия, мышечно-тонический синдром – 87 (72,5%) человек, климактерический синдром – 21 (17,5%) человек, синдром вегето-сосудистой дистонии – 12 (10,0%).

Сопутствующие заболевания: патология гепатобилиарной системы 49 (40,8%) человек, ишемическая болезнь сердца – 25 (20,8%) человек, гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь 32 (26,7%) человека.

Методы обследования: ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ и проба с физической нагрузкой, рентгенологическое исследование шейного и грудного отделов позвоночника, ультразвуковое

исследование брюшной полости и органов малого таза, эзофагогастродуоденоскопия, клинический анализ крови и мочи, определение гормонального профиля.

Дополнительно проводилась оценка психоэмоционального состояния с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии *HADS*, заполнялась анкета для выявления вегетативных нарушений, применялась *визуально-аналоговая шкала* (ВАШ) для определения выраженности боли в области грудной клетки.

Аурикулодиагностика: с помощью металлического диагностического шупа производилось надавливание в различных проекционных зонах ушной раковины. Оценивалась степень болезненности в данной области, окраска и состояние кожных покровов. Диагностически значимыми являлись: выраженная болезненность или отсутствие чувствительности при надавливании на точку, наличие в ней гиперемии, уплотнений, проявленных капиллярных сосудов.

Лечение проводилось металлическими иглами для корпоральной акупунктуры, металлическими шариками для цубо-терапии на ушной раковине. Каждому пациенту проводился 10-дневный курс ежедневных сеансов классической корпоральной иглотерапии с 2-х дневным перерывом между 5 и 6 процедурами. Для пролонгированного воздействия устанавливались цубо на аурикулярные точки на 7 дней с одной, затем на 5 с другой стороны с рекомендацией нажимать на точки в течение дня 3-5 раз по 2-5 минут на каждую.

Выбор точек производился в соответствии с выявленными нарушениями.

При вертеброгенных кардиалгиях использовались следующие точки: *MC6, C5, C7, VB20, V10, V13-17, V60 R24, R25, R26, E9, AP 22, 51, 55, 89, 100.*

При психогенных с преобладанием тревоги: *P7, GI4, E40, RP6, C7, C8, R4, R9, MC6, MC7, VB13, F3, T20, T24, V13, V14, V15, AP 22, 51, 55, 89, 100, 34, 8, 87, 96, 93, 13, 82, 78;* с преобладанием депрессии: *P3, P7, GI4, E36, E40, RP6, C5, C7, V15, V42, V44, V47, V52, R3, R9, MC6, TR3, VB13, F4, T4, T11, T12, T16, T20, T24, J4, J15, AP55, 34* кора головного мозга, *28, 29, 51, 25, 8, 1,16a, 84, 13, 82, 72(1), 131.*

При перименопаузальных кардиалгиях: *C3, C4, MC6, IG1, IG2, GI11, TR3, TR7, TR15, R3, R6, V14, V15, V17, V18, V20, V23, V43, V60, V66, P5, P9, RP4, RP6, RP10, E25, E36, F3, F13, VB34, VB43, J12, J15, J17, J18, T14, AP 55, 34, 26a, 29, 22,23,28,45, 100, 42,19, 53, 87, 88, 96 и 97* справа, *58, 95, 37, 39.*

При ГЭРБ-обусловленных кардиалгиях: *GI4, MC6, J13, J15-22, V10-21, V62, VB20, VB21, Ig3, F2, F3, R21-27, E9-12, E36, GI17-18, AP 51, 55, 85.*

При холецистокардиальном синдроме: *VB25, VB34, VB38, VB40, J12, J13, J15, F2, F3, E36, MC6, V18-25, AP96* справа, *97, 55, 51, 88, 95 [14, 15, 19]*

Результаты и их обсуждение. Результаты дополнительных исследований выявили наличие субклинически и клинически выраженные тревогу/депрессию у 103 (86%) человек, вегетативные расстройства у 92 человек (77%), при аурикулодиагностике определялись изменения в проекции зон шейного и грудного отдела позвоночника у 118 (98,3%) человек, пищевода и диафрагмы – у 52 (43,3%) человека, сердца – у 72 (60,0%) человека, печени, желчного пузыря – у 65 (54,2%) человек.

Оценка психоэмоционального состояния (госпитальная шкала тревоги и депрессии *HADS*): субклинически выраженная тревога/депрессия – 84 человека (70,0%), отсутствие симптомов тревоги/депрессии – 17 человек (14,2%), клинически выраженная тревога/депрессия – 19 человек (15,8%). Оценка болевого синдрома по ВАШ: боль слабая – 25 (20,8%) человек, умеренная – 69 (57,5%) человек, сильная – 26 (21,7%) человек.

После проведенного 10-дневного курса рефлексотерапии отмечались следующие результаты: снижение болезненности в выявленных аурикулярных зонах у 114 (95%) человек, отсутствие тревоги/депрессии – 25 (20,8%) человек, субклинически выраженная тревога/депрессия – 89 (74,2%) человек, клинически выраженная – 6 (5,0%) человек. По ВАШ отсутствие боли – 52 (43,3%) человека, слабая – 5 (42,5%), умеренная – 11 (9,2%), сильная – 6 (5,0%) человек.

Таким образом, мы выявили, что кардиалгии в амбулаторной практике имеют различную этиологию, у большинства больных имеются изменения со стороны опорно-двигательной системы, далее по убывающей – патология гепатобилиарной системы, гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь, ИБС, климатерические кардиопатии, синдром вегето-сосудистой дистонии. Также обнаружен высокий процент больных с клинически или субклинически выраженной тревогой/депрессией, что следует учитывать при проведении терапии. В целом, на фоне проведенного лечения методами рефлексотерапии отмечается выраженная положительная динамика и позволяет использовать данный способ лечения как самостоятельно, так и в комплексе со стандартной терапией.

Выводы:

1. В основе некоронарогенных кардиалгий могут лежать как различные вертеброгенные, психогенные, дисгормональные, и гастроэнтерологические влияния, так и их сочетания.

2. В большинстве случаев, при кардиалгиях объективно выявляются изменения со стороны опорно-двигательной системы и влияние психо-вегетативного факторов.

3. У 50% пациентов с кардиалгиями отмечаются нарушения функционирования пищеварительной системы, обусловленные гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и гепатобилиарной патологией.

4. У женщин, страдающих с кардиалгиями в 20% случаев, выявляется климактерический синдром с выраженным течением.

5. Проведение рефлексотерапии в рамках комплексной терапии кардиалгий способствует снижению и устранению болевого синдрома, улучшает показатели психо-вегетативного статуса.

Литература

1. Аметов А.С. Избранные лекции по эндокринологии. М.: МИА, 2009. 496 с.
2. Борисова О.Н., Хадарцев А.А. Диагностика эффективности немедикаментозных методов лечения в клинике внутренних болезней / Под ред. Хадарцева А.А.. Тула, 2004.
3. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. М.: Медицинское Информационное Агентство, 2003. 170 с.
4. Воробьев А.И., Кардиалгии. М.:НЬЮДИАМЕД, 2008. 17 с.
5. Гриднев А.Е. Холестерокардиальный синдром: Здоровье Украины, институт терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины, Харьков. 2006. № 24/1.
6. Жукова Т.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: внепищеводные проявления, методы диагностики и коррекции // Медицинские новости. 2013. № 11. С. 4–8.
7. Зверева С.И., Еремина Е.Ю. Кардиальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Фрагмент исследования МЭГРЕ по г. Саранску. Дневник казанской медицинской школы, 2013.
8. Кабанец К.С., Колкина В.Я., Крюк М.А. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Новости медицины и фармации. Гастроэнтерология. 2012. № 434.
9. Корнилова Л.Е. Метод внутрикостных блокад в лечении клинических проявлений поясничного, шейного и грудного остеохондроза: Дис. д-р мед. наук. М. 2007. 252 с.
10. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России (МЭГРЕ): первые итоги» / Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009. №6. С. 4–12.
11. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: от патогенеза к терапевтическим аспектам // Consilium medicum. 2013. Т. 15, №8. С. 30–34.
12. Маев И.В., Юренев Г.Л., Боли в области сердца, не связанные с кардиальной патологией. Причины, механизмы и тактика врача // Consilium medicum. 2011. Т. 5, №2. С. 10.
13. Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. Современные возможности диагностики и лечения климактерического синдрома // Русский медицинский журнал. 2014. №1712.
14. Мачоча Д. Психика в китайской медицине. Лечение психоэмоциональных проблем с помощью акупунктуры и китайских трав; пер. с англ. М.: СИНОФАРМ, 2013. 704 с.
15. Михайлова А.А. Компьютерная диагностика и аурикулотерапия в клинической практике. М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. 208 с.
16. Мкртчян В.Р. Вторичные кардиомиопатии дисовариального генеза: особенности патогенеза, диагностики и лечения: Дис. д-р медиц. наук, МГМСУ. М. 2008. С. 17–21.
17. Олейникова М.М., Михайлова А.А., Зилов В.Г., Разумов А.Н., Хадарцев А.А., Малыгин В.Л., Котов В.С. Психосоматические и соматоформные расстройства в реабилитологии (диагностика и коррекция): монография / Под ред. Хадарцева А.А.. Тула, 2003.
18. Руководство по климактерию / Под ред. В.П. Сметник, В.И. Кулакова. М.: МИА, 2001. 685 с.
19. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура. Медицинская энциклопедия. М.: АСТ-Пресс. 2004. 528 с.
20. Ткач С.М. Основные причины неудачного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и пути их преодоления // Новости медицины и фармации. 2010. №337.
21. Федорова И.Л. Эффективность применения мануальной терапии и рефлексотерапии у больных с вертеброгенными торакалгиями: Дис. канд. медиц. наук. ГОУ ДПО РМАПО. М., 2011. 140 с.
22. Филимонов В.А. Остеогенный механизм формирования сочетанных спондилогенных вертебрально-базиллярных и вертебрально-кардиальных расстройств. Внутрикостные блокады как патогенетический метод их лечения: Дис. доктора медиц. наук. РУДН. М., 2009. 218 с.
23. Фуркало Н.К. Дифференциальная диагностика менопаузальной (климактерической) кардиомиопатии и ишемической болезни сердца // Український кардіологічний журнал. 2006. №2. С. 123–124.
24. Хадарцев А.А., Купеев В.Г., Олейникова М.М., Борисова О.Н., Наумова Э.М. Коронатера в сочетании с лазерофорезом фитомеланина при стенокардии напряжения // Вестник новых медицинских технологий. 2012. Т. 19, №1. С. 92–95.
25. Хадарцев А.А. Не медикаментозные технологии // Рефлексотерапия, гирудотерапия, фитотерапия, физиотерапия. Saarbrucken, 2012.

26. Хадарцев А.А., Зилов В.Г., Олейникова М.М., Наумова Э.М. Коронатера в лечении больных ишемической болезнью сердца. Пособие для врачей. Тула, 2003.
27. Ченских Н.Л. Пекталгический синдром как вариант кардиалгии у больных неврастенией, постменапаузальным синдромом, остеохондрозом позвоночника и стенокардией. КГМУ им. С.В. Курашова. 1995. 188 с.
28. Ярошевский А.А., Морозова О.Г. Скелетно-мышечные боли в области грудной клетки как междисциплинарная проблема, газета «Новости медицины и фармации», неврология (тематический номер). 2012. №405.
29. Dent J., El-Serag H.B., Wallander M.A., Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review // *Gut*. 2005. Vol. 54, №5. P. 710–717.
30. Richter J.E., Friedberg F.K., Feldman M., Friedman L.S., Drandt L.J. Gastroesophageal reflux disease // *Sleisinger&fortran's gastrointestinal and liver disease*. 9th ed. Philadelphia, Pa: SaundersElsevier. 2010.
31. Subbotina T.I., Tereshkina O.V., Khadartsev A.A., Yashin A.A. Effect of low-intensive extremely high frequency radiation on reproduction in Wistar rats // *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*. 2006. V. 142, №2. P. 189–190.

References

1. Ametov AS. Izbrannyye lektsii po endokrinologii. Moscow: MIA; 2009. Russian.
2. Borisova ON, Khadartsev AA. Diagnostika effektivnosti nemedikamentoznykh metodov lecheniya v klinike vnutrennikh bolezney. Pod red. Khadartseva AA. Tula; 2004. Russian.
3. Veyn AM. Vegetativnye rasstroystva. Klinika. Diagnostika. Lechenie. Moscow: Meditsinskoe Informatsionnoe Agentstvo; 2003. Russian.
4. Vorob'ev AI, Kardialgii. Moscow: N"YuDIAMED; 2008. Russian.
5. Gridnev AE. Kholetsistokardial'nyy sindrom: Zdorov'e Ukrainy, institut terapii im. L.T. Maloy AMN Ukrainy, Khar'kov. 2006;24(1). Russian.
6. Zhukova TV. Gastroezofageal'naya refluksnaya bolezni': vnepishchevodnye proyavleniya, metody diagnostiki i korrektsii. Meditsinskie novosti. 2013;11:4-8. Russian.
7. Zvereva SI, Eremina EY. Kardial'nye proyavleniya gastroezofageal'noy refluksnoy bolezni. Fragment issledovaniya MEGRE po g. Saransku. Dnevnik kazanskoy meditsinskoy shkoly; 2013. Russian.
8. Kabanets KS, Kolkina VY, Kryuk MA. Vnepishchevodnye proyavleniya gastroezofageal'noy refluksnoy bolezni. Novosti meditsiny i farmatsii. Gastroenterologiya. 2012;434. Russian.
9. Kornilova LE. Metod vnutrikostnykh blokad v lechenii klinicheskikh proyavleniy poyasnichnogo, sheynogo i grudnogo osteokhondroza [dissertation]. Moscow (Moscow region); 2007. Russian.
10. Lazebnik LB, Masharova AA, Bordin DS, et al. Mnogotsentrovoye issledovanie «Epidemiologiya gastroezofageal'noy refluksnoy bolezni v Rossii (MEGRE): pervye itogi». Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2009;6:4-12. Russian.
11. Maev IV, Andreev DN, Dicheva DT. Gastroezofageal'nayarefluksnaya bolezni': ot patogeneza k terapevticheskim aspektam. Consilium medicum. 2013;15(8):30-4. Russian.
12. Maev IV, Yurenev GL. Boli v oblasti serdtsa, ne svyazannye s kardial'noy patologiyey. Prichiny, mekhanizmy i taktika vracha. Consilium medicum. 2011;5(2):10. Russian.
13. Manusharova RA, Cherkezova EI. Sovremennyye vozmozhnosti diagnostiki i lecheniya klimaktericheskogo sindroma. Russkiy meditsinskiy zhurnal. 2014;1712. Russian.
14. Machocha D. Psikhika v kitayskoy meditsine. Lechenie psikhoemotsional'nykh problem s pomoshch'yu akupunktury i kitayskikh trav; per. s angl. Moscow: SINOARM; 2013. Russian.
15. Mikhaylova AA. Komp'yuternaya diagnostika i aurikuloterapiya v klinicheskoy praktike. Moscow: OOO «Meditsinskoe informatsionnoe agenstvo»; 2006. Russian.
16. Mkrtychyan VR. Vtorichnye kardiomiopatii disovarial'nogo geneza: osobennosti patogeneza, diagnostiki i lecheniya [dissertation]. Moscow (Moscow region); 2008. Russian.
17. Oleynikova MM, Mikhaylova AA, Zilov VG, Razumov AN, Khadartsev AA, Malygin VL, Kotov VS. Psikhosomaticheskie i somatoformnyye rasstroystva v reabilitologii (diagnostika i korrektsiya): monografiya. Pod red. Khadartseva AA. Tula; 2003. Russian.
18. Rukovodstvo po klimakteriyu. Pod red. Smetnik VP, Kulakova VI. Moscow: MIA; 2001. Russian.
19. Samosyuk IZ, Lysenyuk VP. Akupunktura. Meditsinskaya entsiklopediya. Moscow: AST-Press; 2004. Russian.
20. Tkach SM. Osnovnyye prichiny neudachnogo lecheniya gastroezofageal'noy refluksnoy bolezni i puti ikh preodoleniya. Novosti meditsiny i farmatsii. 2010;337. Russian.
21. Fedorova IL. Effektivnost' primeneniya manual'noy terapii i refleksoterapii u bol'nykh s vertebrogennymi torakalgiyami [dissertation]. Moscow (Moscow region): GOU DPO RMAPO; 2011. Russian.

22. Filimonov VA. Osteogennyy mekhanizm formirovaniya sochetannykh spondilogennykh vertebral'no-bazilyarnykh i vertebral'no-kardial'nykh rasstroystv. Vnutrikostnye blokady kak patogeneticheskiy metod ikh lecheniya [dissertation]. Moscow: RUDN; 2009. Russian.

23. Furkalo NK. Differentsial'naya diagnostika menopauzal'noy (klimaktericheskoy) kardiomiopatii i ishemicheskoy bolezni serdtsa. Ukraïns'kiy kardiologichniy zhurnal. 2006;2:123-4. Russian.

24. Khadartsev AA, Kupeev VG, Oleynikova MM, Borisova ON, Naumova EM. Koronatera v sochetanii s lazeroforezom fitomelanina pri stenokardii napryazheniya. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2012;19(1):92-5. Russian.

25. Khadartsev AA. Ne medikamentoznye tekhnologii. Refleksoterapiya, girudoterapiya, fitoterapiya, fizioterapiya. Saarbrucken; 2012. Russian.

26. Khadartsev AA, Zilov VG, Oleynikova MM, Naumova EM. Koronatera v lechenii bol'nykh ishemicheskoy boleznyu serdtsa. Posobie dlya vrachev. Tula; 2003. Russian.

27. Chenskikh NL. Pektal'gicheskii sindrom kak variant kardialgii u bol'nykh nevrasteniy, postmenopauzal'nym sindromom, osteokhondrozom pozvonochnika i stenokardiey. KGMU im. S.V. Kurashova; 1995. Russian.

28. Yaroshevskiy AA, Morozova OG. Skeletno-myshechnye boli v oblasti grudnoy kletki kak mezhdistsiplinarnaya problema, gazeta «Novosti meditsiny i farmatsii», nevrologiya (tematicheskii nomer). 2012;405. Russian.

29. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. Gut. 2005;54(5):710-17.

30. Richter JE, Friedberg FK, Feldman M, Friedman LS, Drandt LJ. Gastroesophageal reflux disease. Sleisinger&fortran's gastrointestinal and liver disease. 9th ed. Philadelphia, Pa: SaundersElsevier; 2010.

31. Subbotina TI, Tereshkina OV, Khadartsev AA, Yashin AA. Effect of low-intensive extremely high frequency radiation on reproduction in Wistar rats. Bulletin of Experimental Biology and Medicine. 2006;142(2):189-90.

Библиографическая ссылка:

Тюшина М.В., Малаховский В.В. Лечение кардиалгий, обусловленных психо-вегетативными и соматическими нарушениями, методами рефлексотерапии // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. №2. Публикация 2-1. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-2/2-1.pdf> (дата обращения: 01.04.2016). DOI: 10.12737/18753.