

# Торакалгии у пациентов с посторакотомическим синдромом на поздних сроках после операции

*Васильев А. С.,<sup>1</sup> Васильева В. В.,<sup>2</sup> Шмырев В. И.,<sup>1,2</sup>  
Олейникова Е. Н.,<sup>2</sup> Новикова Л. А.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

<sup>2</sup>ФГУ ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ

<sup>3</sup>Севская ЦРБ Брянской области

© Васильев А. С., Васильева В. В., Шмырев В. И., Олейникова Е. Н., Новикова Л. А.

## Введение

Пациенты, перенесшие операцию на открытом сердце через стернотомический доступ, часто предъявляют жалобы на ограничение дыхания, снижение резистентности к нагрузке и болевые синдромы различной выраженности в области грудной клетки и плечевого пояса, не связанные с кардиологической патологией, снижающие реабилитационный потенциал.

Цель: Определить характер и клиническое значение биомеханических изменений, обусловленных стернотомическим доступом, возможности и эффективность мягкотканых мануальных техник как способа их диагностики и коррекции на поздних сроках после операции.

## Методы исследования

В исследование включено 59 пациентов в возрасте от 48 до 82 лет, перенесших операции АКШ, осмотренные — через 1–12 лет после операции. Для обследования и мониторинга применялись стандартное физикальное обследование, мануальная диагностика, спирометрия, стандартная визуально-аналоговая шкала. С лечебной целью применялись мягкотканые мануальные техники и фармтерапия по показаниям.

## Результаты

Мануальное обследование выявило у всех пациентов множественные, часто грубые, нарушения функции всех кожно-фасциальных, суставно-капсулярных, связочных, костных, хрящевых и мышечных элементов грудной клетки, формирующие клиническую картину торакального синдрома. Эти изменения вызывали выраженное механическое и болевое ограничение дыхательной экскурсии ребер и снижали легочную вентиля-

цию. Для всех пациентов была характерна значительная вариабельность биомеханических изменений. У одного больного одновременно могли выявляться функциональная гипермобильность или блокада при сохранности анатомических взаимоотношений, различные подвывихи в реберно-позвоночном сочленении, а также различные варианты дисфункций реберно-грудинного сочленения.

По данным мануальной диагностики и оценки генеза болевого паттерна определялась индивидуальная схема лечения, включающая ранее проводимую базовую терапию, мануальную коррекцию выявленных дисфункций, анальгетическую терапию (ксефокам и др. при ноцицептивной боли, лирика и др. при нейропатической), миорелаксанты (мидокалм, сирдалуд и др.). На фоне мануальной коррекции уже после первой процедуры было отмечено увеличение объема вдоха с  $1253,33 \pm 32,26$  мл до  $1738,18 \pm 62,30$  мл ( $p < 0,01$ ), достигающее  $2421,35 \pm 71,22$  мл к концу курса. Одновременно происходило купирование болевого синдрома ( $p < 0,001$ ), уменьшение выраженности одышки.

## Выводы

Наличие послеоперационных биомеханических изменений оказывает существенное отрицательное влияние на реабилитационный потенциал больных, перенесших АКШ. Рекомендуется включение мягкотканой мануальной диагностики и коррекции постстернотомических дисфункций в сочетании с патогенетической антальгической терапией в схему ведения больных, перенесших операции на открытом сердце. При определении схемы коррекции необходимо учитывать не только характер дисфункций, обусловленных операционным доступом, но и вторичные патобиомеханические изменения.