

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФАРМАКОПУНКТУРЫ И ТРАКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Сущенко Е.А., Лисай М.С.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, РБ

Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения, Минск, РБ

Резюме. В статье авторы излагают исследование и разработку новой методики комплексного применения фармакопунктуры солкосерила и тракционной терапии шейного отдела позвоночника при остеохондрозе. Цель такого сочетания – в непосредственном воздействии на патологический очаг с одновременным снижением фармакологической нагрузки на пациента. Приведены данные клинических исследований в 3-х лечебных группах с применением фармакопунктуры, классической иглотерапии и стандартного медикаментозного лечения. Обосновано комплексное применение фармакопунктуры и тракционной терапии при шейном остеохондрозе в разные периоды патологического процесса.

Ключевые слова: фармакопунктура, тракционная терапия, вытяжение, иглотерапия.

Фармакопунктура – введение лекарственных препаратов в акупунктурные точки (АТ) – одна из разновидностей традиционной китайской медицины. В современной медицине в качестве субстратов для введения в АТ используются стерильные инъекционные формы гомеопатических препаратов, витаминов, анестетики, гормоны, вазоактивных препаратов, ноотропов, экстрактов из биологических тканей. Сущность методики заключается во введении в АТ одноразовых полых игл (инсулиновые иглы либо иглы для мезотерапии), затем по возможности добиваются предусмотренных ощущений и вводят лекарственный препарат в дозе от 0,1 до 1,0 мл.

Преимущество фармакопунктуры перед классической иглотерапией заключается в пролонгированном раздражении АТ, как следствие – более выраженный трофостимулирующий эффект [6].

Отличием от стандартной фармакотерапии является введение разовой дозы лекарственных препаратов в меньшем объеме и в непосредственной близости к патологическому очагу. Несмотря на растущую популярность фармакопунктуры, доступной научной литературы, описывающей конкретные методики применения лекарственных препаратов при различных нозологиях, встречается мало, в зарубежной литературе большинство известных работ посвящено терапии патологии опорно-двигательного аппарата с помощью гомеопатических препаратов (Траумель С. и Цель Т.). Однако эти отчеты (Ценнер Ш., Метельманн Х., 1992; Вайзер М., Метельманн Х., 1992; Водик Е., Штайнигер К., Ценнер Ш., 1992; и др.) вызывают ряд вопросов [1].

Тракционная терапия – вид механотерапии, заключающийся в вытяжении разных отделов позвоночника или суставов с целью разгрузки позвоночно-двигательного сегмента и релаксации мышечного аппарата применяется издревле. В настоящее время научной литературы, посвященной тракционной терапии, крайне мало как за рубежом, так и в нашей стране [2, 4]. Комплексное применение методик фармакопунктуры и тракционной терапии находится в стадии разработки.

Вытяжение шейного отдела позвоночника имеет ряд сложностей, которые значительно ограничивают ее выполнение [3]. Как правило, патология шейного отдела позвоночника, кроме болевого синдрома, может сопровождаться признаками нарушения мозгового кровообращения в вертебро-базилярном бассейне, такими как головокружение разной степени выраженности, нарушение координации, снижение остроты зрения и слуха, шумы, подъемы артериального давления и вегетативные кризы вследствие раздражения остеофитами симпатических и парасимпатических центров. В настоящее время тракционная терапия отнесена в список физиотерапевтических процедур, которые может выполнять как невролог, так и физиотерапевт, а подводное вытяжение может проводить средний медицинский персонал. Мы считаем, что вытяжение шейного отдела позвоночника должен осуществлять преимущественно врач-невролог либо опытный физиотерапевт, способный оценить изменения в неврологическом статусе пациента до, во время и после процедуры.

Сущность тракционной терапии шейного отдела позвоночника

закljučается в вытяжении данного отдела руками или разными механизмами с помощью специального приспособления – петли, захватывающей широкими лямками область затылка сзади и подбородочную область спереди (т.н. петля Глиссона), и разгрузки позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) вышеуказанного отдела. Различают «сухое» и «подводное» вытяжение, а по расположению пациента во время процедуры – вертикальное и горизонтальное [5]. Петля Глиссона используется при любом виде вытяжения. Конструкция петли Глиссона сделана таким образом, что нижний ее край может оказывать во время процедуры давление на область подкожных вен и сосудисто-нервного пучка. У тучных пациентов гиперстенического телосложения с короткой шеей признаки сдавления подкожных вен шеи отчетливо видны с первых минут процедуры. Кроме того, при вытяжении в горизонтальном положении при неправильной укладке пациента и подборе угла вытяжения может возникать переразгибание шейного отдела позвоночника и патологическое напряжение мышц шеи. При резком переходе пациента после процедуры в вертикальное положение возможно развитие ортостатических коллапсов.

Возникает также много вопросов по отбору пациентов на проведение тракционной терапии при наличии относительных показаний к вытяжению шейного отдела, так как это – многочисленная группа пациентов, которым можно существенно помочь при правильном подборе комплексной тракционной терапии.

При цервикальном болевом синдроме и признаках нарушения мозгового кровообращения – цереброваскулярной недостаточности (ЦВН) – проведение тракционной терапии противопоказано. Традиционно назначаются обезболивающие – нестероидные противовоспалительные средства (НВПС), миорелаксанты, витамины групп В, сосудистые, вазоактивные препараты, препараты для коррекции артериальной гипертензии – ингибиторы АПФ, мочегонные препараты и антидепрессанты. Так, например, среднестатистический мужчина 37-38 лет, длительно работающий за компьютером и страдающий периодической болью в шее и онемением в пальцах рук по ночам, при обострении цервикалгии, скованности мышц шейного отдела позвоночника, головной боли, головокружении и подъеме артериального давления, обращаясь к неврологу, получает примерно следующий список назначений:

диклофенак, мидокалм, фуросемид, неуробекс нео, нейромидин, танакан, бетасерк, каптоприл. С учетом жалоб и патогенеза заболевания назначения вполне обоснованы и могут быть оправданы многими специалистами. Однако следует отметить, что данная терапия не всегда успешна. Полипрагмазия у пациентов молодого и среднего возраста не так сильно оказывает отрицательное влияние на организм в целом, как у пожилых или у пациентов с хроническими заболеваниями внутренних органов.

Поиск новых путей лечения заболеваний позвоночника со снижением фармакологической нагрузки на организм является первоочередной задачей современной медицины. Нетрадиционные методы лечения в комплексе с механотерапией призваны решать такую задачу.

С учетом вышесказанного мы поставили цель изучить клинические эффекты инновационной комбинации фармакопунктуры (ФАК) и тракционной терапии, разработать методику комплексного применения ФАК солкосерила и тракционной терапии у пациентов с неврологическими проявлениями шейного остеохондроза.

В ходе неврологического обследования были выбраны 33 пациента в возрасте от 36 до 60 лет (из них 20 мужчин) с неврологическими проявлениями шейного остеохондроза. С целью контроля эффективности терапии анализировали динамику регресса болевого синдрома, изменения в неврологическом статусе – сравнение симметрии сухожильно-периостальных рефлексов, изменение зоны гипестезии, нарастание мышечной силы в баллах, а также изменение качественных и количественных показателей при ЭНМГ-исследовании.

При магнитно-резонансном исследовании у 96% пациентов выявлены грыжи и протрузии межпозвонковых дисков на шейном уровне с компрессией невралных структур.

При проведении у пациентов ультразвуковой доплерографии выявлены признаки экстравазальной компрессии позвоночной артерии (ПА) с одной стороны (96%), извитость хода ПА (67%), аномалия вхождения ПА в костный канал (10%).

Пациенты были распределены в 3 лечебные группы. В 1-й группе (12 чел.) получали фармакопунктуру раствора солкосерила (Solcoseryl, MEDA Pharmaceutic als Switzerland) и тракционную

терапию шейного отдела позвоночника курсом 12 процедур. Во 2-й группе (10 чел.) – классическое иглоукалывание, ежедневно 12 процедур на курс. В 3-й (11 чел.), контрольной группе, получали стандартное медикаментозное лечение (16 дней).

Фармакопунктуру пациентам 1-й группы выполняли ежедневно: стерильный ампульный раствор солкосерила в дозе по 0,2 мл вводился в одну акупунктурную точку (АТ), для инъекции использовали одноразовые стерильные иглы (0,4x20 мм 27G) и шприцы по 2 мл или инсулиновые, – 12 процедур на курс. На одну процедуру выбиралось 6 АТ на каналах, проходящих через шейно-воротниковую область, в которые вводился лекарственный препарат. Тракционную терапию выполняли методом «сухого» вытяжения с помощью аппарата Eltrac 471 (Enraf Nonius, Нидерланды) через день. После вытяжения обязательно проводилась фиксация шейного отдела воротником Шанца на 1,5-2 часа. Тракцию проводили после процедуры фармакопунктуры 3 раза в неделю, 8 процедур на курс.

Со 2-й процедуры пациентам обеих групп в рецепт включали аурикулотерапию, с 3-й процедуры проводили воздействие на воротниковую область многоигольчатым валиком веерообразно, аналогично методике *мэй хуа чжэй* до легкой гиперемии, с 5-й процедуры воздействие валиком расширяли на область шеи паравертебрально с обеих сторон.

Ниже приведена примерная рецептура каждой процедуры без учета индивидуализации рецепта.

1-я процедура: GI11, E36, F3 гармонизация.

Через 30 мин. проводилась 1 пробная тракция: в импульсном режиме воздействия, максимальная нагрузка до 10-12 кПа (из расчета 15-25% от массы тела), ослабление до 6-8 кПа, задержка на 4 сек., скорость нарастания нагрузки до 90 сек., общая продолжительность до 15 мин.

2-я процедура: VG14, V11, GI4, GI10 (2), V60 (2) VB21 торможение, без тракционной терапии.

3-я процедура: GI 10, 11, 15, E36, 37, RP6, торможение.

2 тракция в импульсном режиме воздействия, максимальная нагрузка до 12-16 кПа, ослабление до 8 кПа, задержка на 4 сек., скорость нарастания нагрузки до 90 сек., общая продолжительность 15 мин.

4-я процедура: VB34, VG14, V23, V60, GI4, торможение, без тракционной терапии.

5-я процедура: MC6, TR5 гармонизация.

3 тракция в импульсном режиме воздействия, максимальная нагрузка до 18 кПа, ослабление до 8 кПа, задержка на 2 сек., скорость нарастания нагрузки до 60 сек., общая продолжительность 20 мин.

6-я процедура: VC4, 6, 12, VG4, торможение.

4 тракция в импульсном режиме воздействия, максимальная нагрузка до 20 кПа, ослабление до 10, задержка на 2 сек., скорость нарастания нагрузки до 60 сек., общая продолжительность 20 мин.

7-я процедура: VG13, 14, 20, торможение, без тракционной терапии.

8-я процедура: с VB20, 21, VG14, V10, 11, торможение.

5 тракция в импульсном режиме воздействия, максимальная нагрузка до 20 кПа, ослабление до 12 кПа, задержка на 2 сек., скорость нарастания нагрузки до 45-60 сек., общая продолжительность 20-25.

9-я процедура: P7, GI4, 11, TR5, MC6 гармонизация, без тракционной терапии.

10-я процедура: VB20, 21, 34, T2, 3, торможение.

6 тракция в импульсном режиме воздействия, максимальная нагрузка до 20 кПа, ослабление до 12 кПа, задержка на 2 сек., скорость нарастания нагрузки до 45-60 сек., общая продолжительность 25 мин.

11-я процедура: VB20, F2, F13, R3, RP10, E40, E41, MC6, TR17, торможение, без тракционной терапии.

12-я процедура: GI11, E36 гармонизация, без тракционной терапии.

Классическая иглотерапия пациентам 2-й группы проводилась в соответствии с общими правилами, принятыми в традиционной китайской медицине. Процедуры выполняли ежедневно по 25-40 минут.

Примерная рецептура лечения пациентов 2-й группы (без учета индивидуализации рецепта) следующая:

1 процедура: GI4, GI11, E34, VB34, гармонизация.

2 процедура: VB21, VG14, V11, GI4, гармонизация.

3 процедура: GI 10, 11, 15, E36, 37, RP6, торможение.

4 процедура: C8, C7, IG3, V10, 11, 23, 40, торможение.

5 процедура: MC6, TR5, гармонизация.

6 процедура: VC4, 6, 12, T4, торможение.

7 процедура: VG13, 14, 20, торможение.

8 процедура VB20, 21, VG14, V10, 11, торможение.

9 процедура: P7, GI4, 11, TR5, MC6, гармонизация.

10 процедура: VB20, 21, 34, T2, 3, торможение.

11 процедура: VG 20, GI10 (2), V60 (2), торможение.

12 процедура: GI11, E36 гармонизация.

Результаты и обсуждение. По окончании курса лечения положительный клинический эффект отмечен во всех группах: в 1-й и 2-й группах отмечен в 83 и 80%, соответственно, и в 3-й – 77%. В связи с небольшой выборкой приведены показатели в абсолютных единицах и процентном отношении.

Положительные изменения со стороны двигательной сферы в случае радикулярных синдромов проявлялись увеличением мышечной силы, уменьшением асимметрии СПР (в 50% наблюдений) в 1-й и 2-й группах. Одновременно выявлено сужение зон гипестезии в 1-й и 2-й группах во время курса лечения.

Степень регресса болевых ощущений в ходе лечения подтвердила большую эффективность фармакопунктуры с другими вариантами воздействия. Так, в ходе этого вида лечения интенсивность болей при рефлекторных синдромах снижалась с 70 до 15%, радикулопатиях – с 85 до 30% (рис. 1, 2).



Рисунок 1 – Динамика интенсивности болей при рефлекторных синдромах

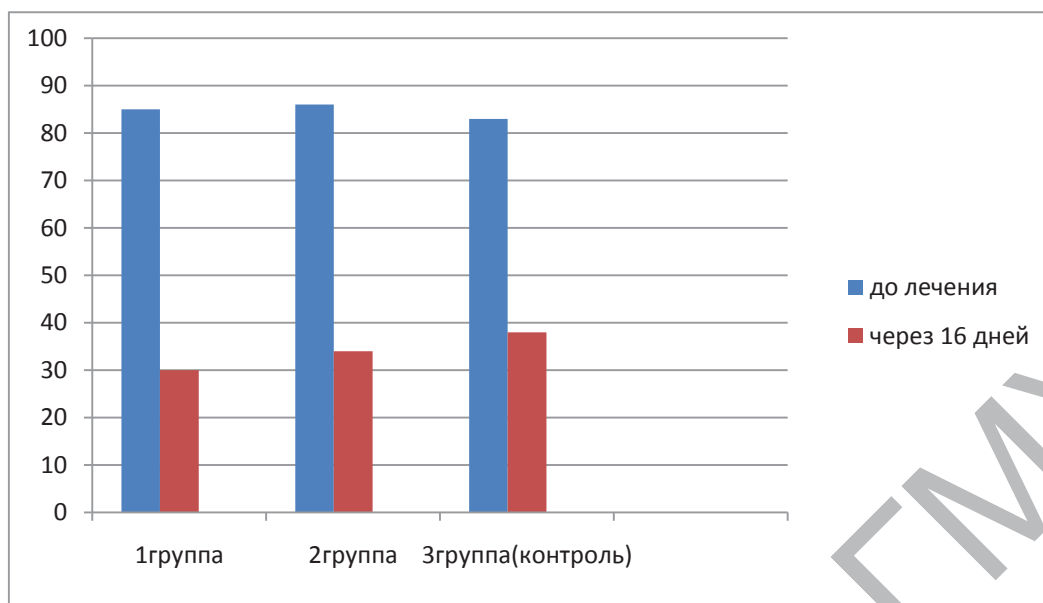


Рисунок 2 – Динамика интенсивности болей при корешковых синдромах

Следует отметить, что значительное снижение болевого синдрома в первые дни лечения отмечено в 3-й (контрольной) группе лечения, что связано с интенсивным применением нестероидных противовоспалительных средств в первые дни, и только к середине курса лечения появилась четкая тенденция к снижению болевого синдрома во 2-й группе. Снижение болевого синдрома в 1-й группе в первую половину курса больше связано с эффектом тракционной терапии, чем фармакопунктуры, за счет релаксации мышц и разгрузки шейного отдела позвоночника. Следовательно, при наличии симптомов раздражения нерва иглоукалывание обеспечивает быстрый анальгетический эффект, но преимущество остается за стандартным медикаментозным лечением в острый период заболевания. Назначение же фармакопунктуры с ее отчетливым трофическим действием целесообразно в подострых стадиях процесса. Тракционная терапия также эффективна не ранее, чем в конце острого периода. Динамика показателей отражена на рис. 3.

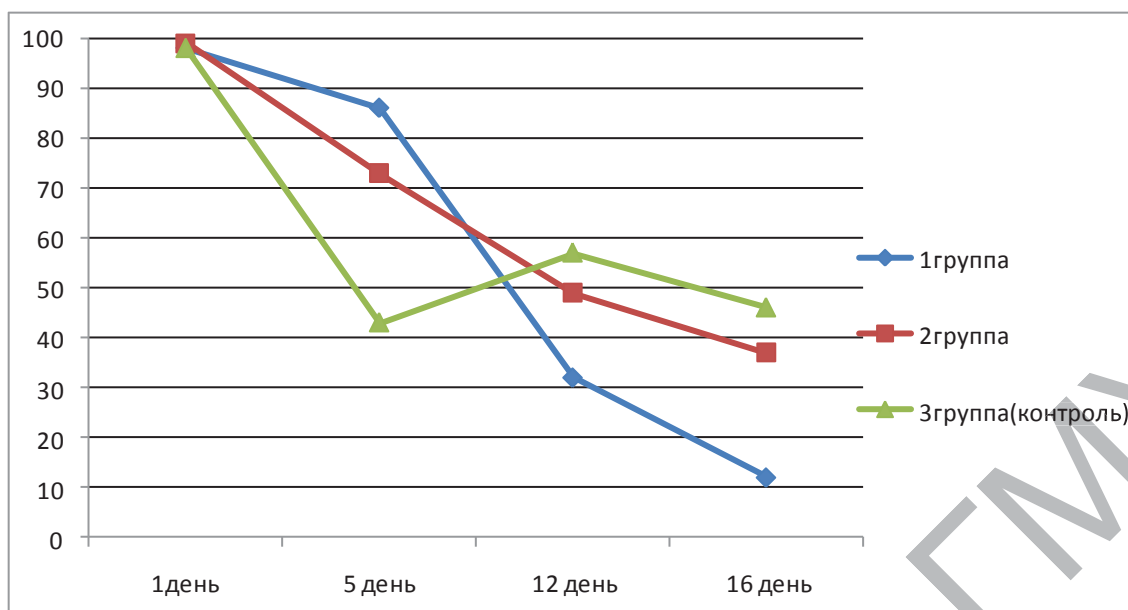


Рисунок 3 – Общая динамика регресса болевого синдрома (по шкале ВАШ, в мм) во время курса лечения

Отмечена корреляция клинических проявлений и показателей на ЭНМГ с улучшением качественных и количественных характеристик соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП). Число положительных реакций ССВП было выше в случае фармакопунктуры, обладающей, как упоминалось выше, более выраженным трофическим эффектом.

Таким образом, исследование подтверждает целесообразность включения данной методики при лечении пациентов с неврологическими проявлениями шейного остеохондроза.

Литература

1. Агасаров Л.Г. Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия). – М.: Арнебия. 2013.
2. Илларионов В.Е., Симоненко В.Б. Современные методы физиотерапии. – М., 2007.
3. Латышева В.Я., Дривотинов Б.В., Улащик В.С. и соавт. Немедикаментозная терапия больных с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника: учеб. пособие для врачей. – Гомель-Минск, 2003.
4. Механотерапия. Тractionная терапия / под общей ред. Н.И. Гиниятуллина. – М., 2013.
5. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия. - Минск, 2008.
6. В. Фразе, Г. Бауэр. Современная гомеосиниатрия: практическое руководство. Том 2. Пер. с нем. – М.: Арнебия, 2013.