

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МОДИФИЦИРОВАННЫХ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

А. Зорис, Д. Зорене

Каунасская Клиника компьютерной рефлексотерапии

Анотация

В статье изложены модифицированные рефлексотерапевтические методы лечения больных с остеохондрозом позвоночника. В работе представлены данные обследования и лечения 384 больных с рефлекторными и корешковыми синдромами поясничного остеохондроза позвоночника. Основную группу составили 320 больных, а контрольную группу – 64 человека. Больные получали корпоральную и микроакупунктуру, поверхностную акупунктуру, аурикулоакупунктуру, тракционное лечение, биопунктуру, лазеропунктуру, электроакупунктуру, кинезитерапию, иммуномодуляторы. Было установлено, что лечение разными модифицированными рефлексотерапевтическими методами бывает более эффективным тогда, когда во время одного сеанса применяется больше чем один метод (2-4). Введен новый метод лечения, применяя акупунктуру и тракционное лечение позвоночника совместно. Применение биопунктуры при наличии болевого синдрома дал хорошие результаты.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: остеохондроз, рефлексотерапия, акупунктура, аурикулоакупунктура, биопунктура, тракция, микроакупунктура, лазеропунктура, электроакупунктура, корпоральная акупунктура.

Anotacija

Straipsnyje aprašyti ligonių, sergančių stuburo osteochondroze, modifikuoti refleksoterapijos metodai. Buvo gydomi 384 ligoniai, sergantys stuburo juosmens dalies osteochondroze, komplikuota reflektoriniais ir šakneliniais sindromais. Pagrindinę grupę sudarė 320 ligonių, o kontrolinę – 64 ligoniai. Ligoniams gydyti buvo taikoma korporalinė ir mikroakupunktūra, paviršinė akupunktūra, aurikuloakupunktūra, tracinis gydymo metodas, biopunktūra, lazeriopunktūra, elektroakupunktūra, kineziterapija, imunomodulatoriai. Buvo pastebėta, kad gydymas taikant įvairius modifikuotus refleksoterapijos metodus yra efektingesnis naudojant daugiau metodų vieno seanso metu (2-4). Naujai įvestas gydymas akupunktūra kartu su stuburo traktacija. Biopunktūros taikymas esant skausmo sindromui davė gerus rezultatus.

PAGRINDINIAI ŽODŽIAI: osteochondrozė, refleksoterapija, akupunktūra, aurikuloakupunktūra, biopunktūra, traktacija, mikroakupunktūra, lazeriopunktūra, elektroakupunktūra, korporalinė akupunktūra,.

Введение

Анализ литературы свидетельствует, что до настоящего времени нет патогенетических средств, применение которых привело бы к полному излечению от остеохондроза. Поиски новых методов лечебного воздействия при болевых синдромах остеохондроза позвоночника исследователями разных стран вызваны недостаточно высокой эффективностью применяемых методов лечения.

Лекарственные препараты и лечебные блокады сопровождаются побочными реакциями. Физиотерапевтические процедуры имеют много противопоказаний и их проведение не всегда возможно у постели больного.

Ни один из методов оперативного лечения не приводит ни к анатомическому, ни к функциональному восстановлению пораженного позвоночника и не останавливает процесс дегенерации в других дисках. Поэтому даже самая успешная операция не исключает наступления дальнейших рецидивов заболевания.

Существующие физиотерапевтические, медикаментозные, ортопедические и оперативные способы лечения остеохондроза не всегда дают достаточный терапевтический эффект или сопровождаются нежелательными побочными действиями.

По данным литературы и нашим исследованиям, эффективны и лишены побочных действий методы рефлексотерапии ее современные модификации [1, 2, 3].

1. Цель и программа исследований

Настоящая научно-исследовательская работа посвящена разработке комплексного лечения современными методами акупунктуры, биопунктуры, лазеропунктуры и электроакупунктуры и тракционного лечения вместе с иммуномодуляторами при рефлекторных и корешковых синдромах остеохондроза позвоночника.

В работе представлены данные обследования и лечения 384 больных с поясничным остеохондрозом позвоночника и с детальным анализом.

Клинический диагноз был основан на результатах комплексного обследования больных, в соответствии с современной классификацией вертеброгенных заболеваний. Исходя из клинических проявлений заболевания, все больные были подразделены на две подгруппы. Больных с рефлекторными синдромами было 49%, а с корешковыми (L5 S1) синдромами - 51%. У 336 больных (87,5%) до лечения наблюдался выраженный болевой синдром, у 41 (12,5%) – умеренно выраженный.

Клинические признаки поясничного остеохондроза были обнаружены у всех больных, а рентгенологические изменения различной степени выраженности - у 317 пациентов (82,5%). Таким образом, можно сделать вывод о том, что клинические проявления остеохондроза позвоночника опережают, рентгенологические, что соответствует данным литературы.

В зависимости от метода лечения больные были разделены на шесть равных (по 64 чел.) групп:

- в первой (контрольной) группе больные получали курс акупунктуры,
- во второй группе – акупунктуру и иммуномодуляторы,
- в третьей – курс лечения методом акупунктуры, биопунктуры, лазеропунктуры с воздействием лазерным лучем через специальные линзы на точки акупунктуры и иммуномодуляторы,
- в четвертой – лечение, включавшее акупунктуру, биопунктуру, электроакупунктуру с воздействием на точки акупунктуры и применение иммуномодуляторов,
- в пятой – лазеропунктуру, кинезитерапию и иммуномодуляторы,
- в шестой – электропунктуру с частотой 0,15-0,35 Гц, кинезитерапию и иммуномодуляторы.

На основании результатов исследования были разработаны новые методики акупунктуры, биопунктуры, лазеропунктуры и электроакупунктуры с целью запуска сложных физиологических механизмов саногенеза на сегментарных и надсегментарных уровнях нервной системы. Разработанные методики лечения лазеропунктурой и электроакупунктурой с иммуномодуляторами применяли в третьей и четвертой группах больных. Результаты исследований свидетельствовали о том, что эти новые методики позволили достигнуть быстрого, пролонгированного и стабильного анальгезирующего и лечебного эффекта.

2. Корпоральная и микроакупунктура

Принцип метамерного строения тела человека ни у кого не вызывает сомнений. Различают следующие метамеры:

- кожные – дерматомы,
- мышечные – миотомы,
- скелетные – склеротомы,
- нервные – нейротомы.

Болевой синдром мышечной контрактуры, изменение кожной чувствительности соответствует определенному метамерно-рецепторному полю, на глубине которого сформированы различные рефлекторные зоны.

Функциональное значение точек не одинаково. Низшее место в их иерархии занимают точки, имеющие свою локальную функцию, ответственные за определенный участок тела, часть органа или его функцию. Это так называемые «местные» или «локальные» точки. Воздействие на них эффективно при лечении местного патологического процесса, но почти не сказывается влияния на другие точки соответствующего канала и связанные с данным каналом функциональные системы и органы. Более высокое место в иерархии занимают точки, выступающие в роли регуляторов соответствующего канала и связанных с ним функций организма. На каждом канале есть несколько таких точек (тонизирующая, седативная) и другие, которые называют также стандартными пунктами каналов. Особое место занимают точки, обеспечивающие связь между

каналами, их воздействие. На самой вершине пирамиды находятся точки общего действия, точки-распорядители энергии, обеспечивающие нормальное функционирование системы и организма в целом. Они располагаются, как правило, в дистанцевых отделах конечностей.

Микроиглотерапия представляет собой одну из разновидностей классического (корпорального и аурикулярного) иглоукалывания, предназначенную для пролонгированного воздействия на точки акупунктуры, специальными микроиглами, изготовленными из цельной проволоки и состоящими из рукоятки (в форме кольца) и стержня длиной от 0,5 до 10 мм.

Микроиглотерапию можно сочетать с другими методами рефлексотерапии, например, вводя микроиглы в промежутках между сеансами классического иглоукалывания, или использовать в качестве поддерживающей терапии после окончания основного курса лечения.

Многие врачи с успехом применяют микроиглотерапию в качестве самостоятельного метода лечения вертеброгенных корешковых болевых синдромов пояснично-крестцовой локализации. Микроиглы вводятся в болевые (а-ши) и местные точки (V31—34, V25, V36, V54, VB30), а также отдаленные: V40, V60, VB34, E36 и другие. По данным В. С. Гойденко (1981), получены следующие результаты:

- значительное улучшение (ликвидация или уменьшение боли, тонического напряжения мышц, симптомов натяжения, восстановления объема активных движений, нормализация сухожильных и периостальных рефлексов) отмечается у 28,8% больных,
- улучшение (уменьшение жалоб и объективных признаков заболевания) — у 45,9%,
- незначительное улучшение (уменьшение болей без изменения в неврологическом статусе) — у 24,2%,
- состояние без перемен — у 1,2%.

В процессе микроиглотерапии выявлено ее регулирующее влияние на показатели реовазограммы нижних конечностей, электрическую активность нервно-мышечного аппарата и головного мозга.

При остеохондрозе поясничного отдела позвоночника использовали акупунктурные точки: шень-шу V23, ци-хай-шу V24, да-чун-шу V25, гуань-юань-шу V26, вей-ян V39, вей-чжуи V40, шан-ляо V31, ца-ляо V32, чжун-ляо V33, яо-ян-гуань T3, мин-мель T4, хуань-тяо VB30, ян-линь-цюань VB34, цзу-сань-ли E36, цюй-чи GI11, кун-лун V60, аурикулярные точки: поясничный отдел (AT40), тазобедренный сустав (AT50), лумбалгия (AT54), коры головного мозга (AT34) коленный сустав (AT49), надпочечника (AT13).

Наиболее эффективными были точки V23, V25, VB30, T4, V31, V32, AT40,50,54 (собственные предложения), в которых иглы оставляли от 1 до 6 дней. Для купирования боли использовали и другие микросистемы на ладонях и пятках. Курс лечения состоял из 6-12 сеансов. С целью ликвидации болевых синдромов позвоночника и суставов, устранения функциональных блоков, профилактики мышечных контрактур, лечение проводилось в комплексе с применением массажного крема с селеном и иммуномодуляторами.

Воздействие на основные группы корпоральных точек

При воздействии на корпоральные точки (GI11,15; 1G3; V9,10,11,13,14,15,18,19, V31, V32, V33, V34, V40, V60; T3,4,12,14; VB20,21), расположенные в области всех очагов поражения – вертебрального (позвоночного), экстравертебрального (внепозвоночного) и дополнительных очагов (обусловленных сопутствующими заболеваниями), указанная методика лечения позволяла купировать боли и ликвидировала рефлекторно возникавшие мышечно-тонические, нейродистрофические и другие нарушения.

3. Поверхностное многоигольчатое укалывание

Является разновидностью классического иглоукалывания, осуществляется путем стимуляции акупунктурных зон специальными многоигольчатыми, молоточками, роликами или другими устройствами. Процедура раздражения многоигольчатым молоточком состоит в ритмичном поколачивании по определенным кожным зонам. Частота поколачиваний варьирует от 40—60 до 120—150 ударов 1 мин, наиболее часто 70—90 ударов в 1 мин.

Степень раздражения определяется интенсивностью ударов, их частотой, продолжительностью воздействия на определенную зону, общей площадью наносимого раздражения. Для практических целей степень раздражения подразделяют на 3 уровня:

1. Раздражение слабой степени. Не сопровождается сколько-нибудь выраженными болевыми ощущениями, после процедуры на коже отмечается легкая, нестойкая эритема.
2. Раздражение средней степени. Сопровождается незначительной болью, которая сразу же после сеанса проходит. Характерна выраженная стойкая эритема.
3. Раздражение сильной степени. Сопровождается выраженной болью. После сеанса в местах воздействия кроме стойкой эритемы наблюдаются точечные кровоизлияния, исчезающие за несколько дней.

Обычно раздражение пучком игл приводят в определенных зонах, описывая дорожки различной формы: продольные, поперечные, кольцевидные, овальные и др. Направление ударов на дорожках в основном соответствует ходу поверхностных нервов. Расстояние между дорожками и ударами на дорожке в среднем составляет 5—10 мм.

Реже используют серии ударов в одну и ту же зону, соответствующую расположению точки акупунктуры или триггерной точке. Начинают с 20 ударов и доводят до 40—50 ударов (к концу курса процедуры). Поверхностное многоигольчатое укалывание может использоваться после проведения классической акупунктуры. Процедура поверхностного многоигольчатого укалывания оказывает общеукрепляющее неспецифическое воздействие и создает фон для последующего специфического лечения.

Для воздействия на активные зоны спины вместо многоигольчатого молоточка применяют специальный резиновый, пластмассовый или металлический валик («каток») с укрепленными на нем иглами. Валиком-катком раздражают паравертебральные зоны, расположенные более латерально зоны спины, а также зоны ягодич. Обычно раздражение валиком проводится перед классическим иглоукалыванием.

4. Тракционное лечение

Тракционное лечение направлено на уменьшение внутривертебрального давления и нагрузки диска. Сама возможность растяжения позвоночного сегмента, т.е. увеличения межпозвонковой емкости для диска, доказана спондилографически. Растяжение больше при прерывистом, чем при постоянном воздействии; соответственно увеличивается и высота межпозвонкового отверстия. При растяжении большими грузами защитная реакция поясничных мышц препятствует дальнейшему увеличению межпозвонкового расстояния и оно начинает уменьшаться. Под влиянием растяжения адекватными грузами у многих больных сразу же прекращается корешковая боль (впрочем, эта боль часто появляется вновь сразу по окончании процедуры). Особенно эффективно растяжение при подвижной грыже, а при фиксированной или секвестрированной грыже, уменьшая ее воздействие на заднюю продольную связку, растяжение зачастую положительно влияет и при некорешковой патологии, сказывается на состоянии рецепторов не только фиброзных, но и мышечных тканей. Рефлекторным путем изменяется и просвет сосудов конечности: увеличивается или (на фоне мышечно-тонического напряжения) уменьшается. Контрактура экстравертебральных мышц при тракции позвоночника усиливается: пока она не ликвидирована, растяжение неэффективно.

Чтобы добиться увеличения межпозвонковых отверстий и уменьшения выпячивания диска у больных с корешковой компрессией, при хорошей переносимости тракции рекомендуют прижимание согнутых колен больного к животу (пассивно или скрещенными кистями самого больного). Если при пробной тракции в течении 1-3 мин боль уменьшается, то тракционное лечение целесообразно. После тракционной процедуры тонус мышечного корсета или воротника некоторое время остается низким (особенно на поясничном уровне – 1,5-2 часа), поэтому движения и статические нагрузки в течении этого периода нежелательны. Если фиксированные деформации, особенно в области поясничного отдела, после процедуры остаются, рекомендуют предварять процедуру расслабляющими и обезболивающими воздействиями: парафином, грязями, высокочастотными токами, согреванием в ванне. Широкое распространение получила методика проведения тракции в теплой воде. Подводное растяжение должно проводиться с соблюдением прерывистости, преимущественной локальности воздействия и его дозированнойности. Растяжение начинается грузом 5 кг. В течении 4-5 мин груз увеличивают до 20-30 кг., а в конце процедуры постепенно уменьшают до нуля. Продолжительность первой процедуры равна 20-25 мин. При хорошей переносимости с каждой последующей процедурой сила тяги увеличивается на 5 кг и к 4-5-й доводится до 35-40 кг. Продолжительность растяжения до 30 мин. После сеанса растяжения больного укладывают на кушетку или кровать на 1,5-2 ч. Курс лечения состоит из 10-12 процедур ежедневно или через день. Мы проводили тракционные процедуры на 5-10-15 днях лечения.

Показаниями к тракционной терапии являются корешковые компрессии дисковой грыжей (если она не секвестрирована), начальные стадии поясничных прострелов (если еще не сформировались участки миофиброза с резкой болезненностью типичных паравертебральных точек), кифолордозсколиозы.

5. Аурикулотерапия

Существенную роль в механизмах анальгезии играет ретикулярная формация, являющаяся фильтром и модулятором активности всех уровней системы. Быстрота и высокая эффективность воздействия при аурикулотерапии объясняется более короткой рефлекторной дугой и мощными иннервационными связями афферентных нервов ушной раковины с ноцицептивными, антиноцицептивными и антистрессовыми структурами мозга.

Воздействие на точки ушной раковины в соответствии с проекцией противоболевых структур мозга (зона противокозелка), соответствующих спинальных сегментов (зона противозавитка) и областей тела, куда иррадируют боли, а также на точки зоны трехсторонней ямки и ножки завитка вызывает мощную рефлекторную анальгезию на стволовом и таламокортикальном уровне [4, 5, 6].

Эффективность аурикулотерапии объясняется, по-видимому, тем, что имеются мощные нервные связи ушной раковины со специфическими и неспецифическими образованиями ствола и межучточного мозга. Этим можно объяснить не только локальные, направленные реакции, но и общее неспецифическое воздействие аурикулотерапии на организм. Ушная раковина с ее богатой иннервацией и васкуляризацией является важной сенсорной зоной, при раздражении которой возникает мощный поток афферентной импульсации, направляющийся к мозгу.

Важно отметить, что этот поток приходит в мозг в основном на уровне его стволовых образований, где расположены ядра черепно-мозговых нервов, тесно связанных с регуляцией внутренних органов и внутренней среды организма (IX и X пары), а также образования ретикулярной формации ствола мозга, оказывающей мощное регулирующее воздействие как в восходящем на вышележащие образования (в том числе лимбико-ретикулярный комплекс и кору больших полушарий), так и в нисходящем (спинной мозг, периферические отделы соматической и вегетативной систем) направлении. Есть основание предположить, что указанные анатомо-физиологические особенности определяют особую выраженность рефлекторных реакций воздействий на аурикулярные точки [4, 6, 7].

Функциональная общность афферентных систем тройничного, шейного и, частично, плечевого (C5-Th1) афферентных нервов с ушной раковины дает основание сочетать стимуляцию аурикулярных точек с точками в области головы, лица, шеи, кистей рук. Целесообразность воздействия на точки верхних и нижних конечностей и ушной раковины обусловлена также и тем [6, 8, 9, 10, 11, 12, 13], что даже после купирования болевого синдрома, обусловленного остеохондрозом позвоночника, сохраняются сдвиги со стороны различных функциональных систем организма: спастические реакции в сосудах нижних и верхних конечностей, повышенная истощаемость корковых процессов и др.

Стимуляция аурикулярных точек вызывает мощную активацию мозга и таламуса, особенно ретикулярной формации, но недостаточно четко может обеспечить соматотопический характер возбуждений, то есть требуемую направленность рефлекторной реакции. Напротив, стимуляция корпоральных точек обеспечивает локальность реакции, но не может вызвать необходимую интенсивность реакции, в связи с чем для успешной анальгезии целесообразно сочетать несколько корпоральных и аурикулярных точек [4, 6, 8, 10].

По данным [8, 14, 15, 16, 17, 18, 19] и импульсы, возникающие при воздействии на точки ног, могут направляться как вверх, так и вниз по спинному мозгу на 6 сегментов. Эта импульсация определяется восходящими и нисходящими коллатеральными ветвями толстых чувствительных волокон. Эти исследования имеют принципиально большое значение для клиники, так как дают обоснование воздействия на точки нижних конечностей для лечения патологических изменений в поясничном отделе позвоночника, органах брюшной полости и малого таза.

Клинические исследования [8, 15, 17, 18, 19, 20] показали, что корпорально-аурикулярная рефлексотерапия, вызывая интегративную ответную реакцию со стороны центральной, периферической и вегетативной нервной системы, оказывает саногенетическое воздействие на различные клинические проявления заболевания. Это авторы объясняли синхронизирующим и седативным действием рефлексотерапии восстановление нормальной регуляции сна и бодрствования, антиноцицептивное действие, а проведение энцефалографические и другие исследования свидетельствовали о нормализующем воздействии на стволовые, таламические и кортикальные структуры, а также на исходящие системы периферического нейрорецепторного аппарата.

За основу лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника была взята топография аурикулярных точек (АТ) по П.Ножье (1968 г), Д.М.Табеевой (1976 г.).

Рецепт АТ подбирался с позиции современных концепций урикулярных рефлексов и функциональных особенностей АТ. При этом учитывалась нейрометамерная иннервация позвоночника. Для АРТ использовали АТ: в зоне корешка – (13) в зоне межпозвонковой вырезки – (22) в зоне задней ушной бороздки – (25) в зоне противозавитка – (26а, 28,29,34) в зоне противозавитка – (36,37,38,40,45) в зоне верхней ножке противозавитка - 49,50; в зоне нижней ножки противозавитка – (51,52,53,5) в зоне тристоронней ямке – (55,57) в зоне кишки завитка – (82) в зоне полости раковины – (155,156,157,178,179).

АТ проводили в наиболее альгические АТ. На сеанс использовали 3-5 АТ, т-способом по 20-30 мин. В АТ (13,22,45) иглокалование проводили В-методом с оставлением игл до 5 мин. В АТ (37,38,39,40,53,54) оставляли микроиглы от одних суток до семи дней симметрично с каждодневным контролем. Курс состоял из 6-12 сеансов. Болевой синдром в позвоночнике купировался у 60% больных. Отдаленные результаты лечения составляли 3-5 лет. Наиболее эффективными были АТ (10,13,28,34,37,38,39,40,53,54) (собственные предложения). АТ усиливали корпоральной иглотерапией в области верхних, нижних конечностей и позвоночника, а также элементами мануальной терапии.

В комплексную иглотерапию входили 5-7 альгических точек с учетом нейрометометрии в области позвоночника 3-4 точки и на ушной раковине 2-3 точки.

При лечении рефлекторных и корешковых синдромов поясничного остеохондроза воздействовали на аурикулярные точки методами акупунктуры, лазеропунктуры или электропунктуры. Аурикулотерапию проводили в зонах ушной раковины, которые, судя по данным современных клинических и экспериментальных исследований (26а,34,38,40,52,54,55,57,82), иннервационно связаны с антиноцицептивными и антистрессовыми структурами головного мозга, а зоны противозавитка соответствуют соматотопической проекции пораженных спинальных сегментов.

6. Биопунктура

Биопунктура – терапия, когда проводится инъекции биологических медикаментов. Для биопунктуры используются фитотерапевтические или гомеопатические препараты. Уже много лет биотерапевтические препараты успешно принимаются в медицинской практике и ортопедии.

Медикаменты инъецируются в акупунктурные или триггерные точки, а также в мышцы, суставы, соединительную ткань, связки и т.д. Терапевтическое действие препарата не только фармакологическое, но и как регулирующее эндокринную систему со стимуляцией иммунной системы.

При вертебральных болевых синдромах пояснично-крестцовой локализации в акупунктурные и триггерные болевые точки поясницы и нижних конечностей обычно вводим Traumel S или Discus в объеме 0,2 мл. В каждую точку. Общая доза препарата не превышала 2,0 мл.

Для биопунктуры использовали многоцветный безыгольный инъектор.

При внутрикожном введении в каждую проекцию акупунктурной или триггерной точки препарата, образуется папула, ощущается резкое жжение, ощущение распирания, жара на месте микроинъекции, затем образуется интенсивная гиперемия. Гиперемии не было у 8% больных. Продолжительность гиперемии, ощущение приятного тепла, тяжести на месте микроинъекций от 1-15 мин. Количество мест для микроинъекций было до 10. Противоболевой эффект сохраняется 24 часа и более.

Биопунктура принимается при наличии у больных поясничным остеохондрозом гипертонус паравертебральных мышц и мышечно-дистрофических изменений. Биопунктура помогает снять болевой синдром и восстановить нарушенные двигательные функции.

7. Биопунктура и иммуномодуляторы

Лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника одна из актуальных проблем клинической неврологии и реабилитологии. Литература по этой проблеме многообразна. Многие авторы ошибочно считают, что основными методами лечения вертеброгенных заболеваний являются медикаментозные и физиотерапевтические методы. Мы эти проблемы решали сугубо индивидуально в отношении каждого больного.

Назначение биопунктуры и иммуномодуляторов, их дозировка и длительность проводились в зависимости от патогенетических и клинических особенностей болевых синдромов остеохондроза

позвоночника с учетом собственных наблюдений и данных литературы. Лечение проводилось в двух направлениях - лечение местных патологических изменений и вторичных генерализованных нарушений.

Для купирования боли использовались: траумель С или дискус, локально и иммуномодуляторы.

Для достижения отбухающего действия и уменьшения корешкового застойно-гипертензионного синдрома назначали дегидратационные средства: фитопрепараты.

Комплекс десенсибилизирующей и антихолинергической терапии дополнял действие дегидратационного и обезболивающего лечения. Основанием для его применения были вегетативно-сосудистые нарушения вследствие ирритации вегетативного аппарата и аллергических реакций, имеющих большое значение в патогенезе клинических проявлений. Лечение включало: ункария томентоза (кошачий коготь) 600 - 1200 мг. и харпагофитум прокумбенс (дьявольский коготь) 400 – 800 мг. Arcfosfaphylos uvae ursi – 100 – 200 мг. – Толокнянка; Эхинацея пурпурная (Echinacea purpurea) -100 – 200 мг.

Всё чаще для коррекции иммунитета рекомендуется принимать растительные препараты, которые ответственны за недостаточность вторичного иммунитета.

Действующими веществами продуктов являются алкалоиды ринхофиллин, изо- и митрафиллин, птероподин и изоптероподин. Эти вещества оказывают иммуномодулирующее действие. Ринхофиллин предотвращает тромбообразование.

Кроме алкалоидов входят катехины, эллаговая и галловая кислоты (гидролизуемые дубильные вещества), проантоцианидины и ситостеролы.

Дубильные вещества — это растительные высокомолекулярные фенольные соединения, применяемые в качестве вяжущего, противовоспалительного, антисептического, кровоостанавливающего средства.

Водорастворимые биофлавоноиды — проантоцианидины — обладают широким спектром действия на организм: имеют высокую Р-витаминную активность, оказывают диуретическое, гипотензивное, желчегонное действие.

Фитопрепараты способствует производство интерферона в организме человека. Это растения, которые накапливает в себе полисахариды, которые стимулирует производство моноцитовых цитосинов в человеческом организме (271,275).

Растения иммуномодуляторы и адьюванты принимаются 4-6 недель, в противном случае они начинает угнетать иммунную систему человека. Или принимаются длительное время с перерывами.

Для снижения патологической ирритации из вертебральных и экстравертебральных очагов поражения назначали Траумель С или Дискус в акупунктурные или триггерные точки, по 0,2-0,3 мл в каждую точку, не больше 10 БАТ. Суммарная доза не превышала 1,0-2,0 мл. Противоболевой эффект сократился (?) до суток и более.

Далее больным назначались иммуномодуляторы: ункария томентоза и харпагофитум прокумбенс с пищей в виде капсул по одной капсуле два раза в день в течении 1-2 месяцев и далее до 3 лет с перерывами 4 месяца для предотвращения рецидивов и увеличения сроков ремиссии.

На всех этапах заболевания параллельно с акупунктурой, лазеропунктурой, биопунктурой и электропунктурой антиоксиданты: витамины группы В, витамины С,Е,В-каротин, гинко-билоба, цинк, которые по данным некоторых авторов обладают анилгезирующим действием и положительно влияет на метаболизм нервной системы и укрепление иммунной системы до 2 лет с перерывами 2-4 месяца.

8. Лечение методами лазеропунктуры и электроакупунктуры

Электропунктуру осуществляли с помощью серийно выпускаемого многоканального электронного аппарата «ELITERIS 5VM 003» и импульсный лазер AGNIS-LO2 литовского производства.

Для разработки наиболее эффективных методик лазеропунктуры и электропунктуры были проведены исследования по оценке лечебной эффективности различных параметров электрического тока.

Теоретической предпосылкой этих исследований явилось обобщение экспериментальных и клинических данных авторов разных стран по физиологическому обоснованию параметров лазеропунктуры и электростимуляции применяемых для обследования [2, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29].

Исследованиями последних лет установлены центральные и периферические механизмы болевых синдромов при поясничном остеохондрозе. Несмотря на большое количество работ, посвященных электростимуляционной терапии, до настоящего времени не выработаны единые методические приемы, позволяющие получить максимальный обезболивающий эффект. Обострения вертеброгенных заболеваний нервной системы возникают в основном при ирритации окончаний синуввертебрального нерва в области

пораженного позвоночно-двигательного сегмента. Ирритацию окончаний синувентрального нерва можно купировать назначением дифференцированного лечения с учетом патогенеза заболевания.

Используя стимуляцию электрическим током различной частоты, мы стремились решить проблему адаптации организма больного к лазеропунктуре и электропунктуре.

Быстрота, длительность и выраженность анальгезирующего эффекта зависели от частоты электрических импульсов. При воздействии низкочастотным током 30-50 Гц и 0,15-0,35 Гц (в 4 и 6 группах больных) наблюдали постепенное развитие анальгезирующего эффекта (через 20-30 мин.), он был более длительным (от нескольких часов до 1-2 суток). Вероятно, механизмы этих режимов различны. Обезболивающий лечебный эффект низкочастотной стимуляции, возможно, определяется эндорфинными надсегментарными механизмами [1, 26, 29, 30, 31, 32].

Исходя из результатов исследования, для достижения быстрого, пролонгированного и стабильного анальгезирующего и лечебного эффекта были разработаны новые методики ЭП с постепенным уменьшением частоты электрического тока от 50-30 Гц до 0,15-0,35 Гц с целью запуска сложных физиологических механизмов саногенеза на сегментарных и надсегментарных уровнях нервной системы. Разработанные методики лечения ЛИ и ЭП применяли в третьей и четвертой (основных) группах больных.

При болевых синдромах позвоночника использовали круглые и плоские линзы при наклонении лазера на 45 в сторону позвоночника, чтобы осветить межпозвонокковые диски, медленно продвигая лазер.

При остеохондрозе поясничного отдела позвоночника воздействовали на БАТ (V40, V66, V31, V32, V33) и сверху вниз от Th12 до S5 на уровне позвонков с обеих сторон позвоночника под углом 45 градусов.

9. Кинезитерапия

В подостром периоде начинается применение лечебной физической культуры. Задачи ее сводятся к разгрузке позвоночника от статического отягощения и его вытяжению, укреплению мышц спины, повышению тонуса центральной нервной системы, восстановлению нормального кровообращения и лимфообращения в области патологического очага; нормализации трофики в поврежденных межпозвонокковых дисках, тренировке сердечно-сосудистой системы.

Важным средством в подостром периоде является **вытяжение позвоночника**. Наиболее простым, пригодным для пассивного вытяжения позвоночника является метод тракции. Вытяжение осуществляется собственной массой тела больного, зафиксированного на наклонном деревянном щите лямками за подмышечные впадины. Длительность процедуры от 5 до 10 мин, наклон щита — 20—25°. Постепенно угол наклона увеличивается до 30—50°, а время процедуры — до 20 мин; С большим успехом используются подводное вытяжение.

Мы производили вытяжение позвоночника на 5-10-15 дней лечения аппаратом Stx или Nometrac. Тракцию позвоночника выполняют лежа на спине до 30 мин.

Лечебная гимнастика применяется в облегченных исходных положениях: лежа на спине, боку, животе, стоя на четвереньках. При разгрузочном положении на четвереньках напряжение мышц спины уменьшается, позвоночник освобождается от статического отягощения, позволяя свободнее производить движения туловищем и ног.

В урок лечебной гимнастики включаются **общеукрепляющие, дыхательные, а также специальные упражнения**. Сначала даются элементарные свободные упражнения без усилий и с ограниченной амплитудой. Постепенно объем движений, выполняемых ритмично сначала в медленном, а затем среднем темпе, увеличивается. При возникновении болей назначают упражнения на расслабление мышц, тракции, а также гимнастику в теплой воде. По мере уменьшения болей и увеличения объема движений включают упражнения с большим мышечным усилием, сопротивлением, отягощением и т.д., способствующие укреплению гипотрофированной мускулатуры. Упражнения для корпуса следует выполнять мягко, с ограниченной амплитудой, которую следует постепенно увеличивать. Для увеличения нагрузки на мышцы пояснично-крестцовой области используют упражнения в прокатывании и метании мячей и медицинболлов, чтобы уменьшить болевые проявления, специальные упражнения следует чередовать с отвлекающими и дыхательными упражнениями. Для вытяжения позвоночника необходимо назначать упражнения типа смешанных висов у гимнастической стенки. С этой же целью можно использовать большой мяч «Гимник».

Лечебно-профилактический комплекс физических упражнений пациентам составляется и назначается индивидуально в зависимости от характера заболевания. Продолжительность урока лечебной гимнастики — до 30 мин.

В стадиях неполной и полной ремиссии больному назначают щадяще-тренировочный и тренировочный режим. Занятия проводятся групповым методом в зале лечебной физкультуры и состоят из самых разнообразных общеукрепляющих и специальных упражнений, в том числе с отягощениями в различных исходных положениях, упражнения для корпуса с большой амплитудой. Нежелательны только резкие подскоки, резкие наклоны туловища, подъем тяжестей. Широко применяются полувисы, висы, исходные положения лежа и стоя на четвереньках. Хорошие результаты дает применение в течение одного дня выполнение специально подобранного комплекса упражнений в зале и плавание в бассейне. Для укрепления мышц спины, живота и конечностей широко применяются различные силовые тренажеры, но с постепенным увеличением грузов. Хорошие результаты в укреплении мышц дает и электростимуляция. Продолжительность занятия до 30-35 мин.

10. Выводы

1. При лечении остеохондрозе поясничного отдела позвоночника методом корпоральной акупунктуры наиболее эффективными были точки V23, V25, VB30, T4, V31, V32, AT40,50,54 (собственные предложения).
2. При воздействии на корпоральные точки (GI11,15; 1G3; V9,10,11,13,14,15,18,19; V31, V32, V33, V34, V40, V60; T3,4,12,14; VB20,21), расположенные в области всех очагов поражения – вертебрального (позвоночного), экстравертебрального (внепозвоночного) и дополнительных очагов (обусловленных сопутствующими заболеваниями), указанная методика лечения позволяла купировать боли и ликвидировала рефлекторно возникавшие мышечно-тонические, нейродистрофические и другие нарушения.
3. Показаниями к тракционной терапии являются корешковые компрессии дисковой грыжей (если она не секвестрирована), начальные стадии поясничных прострелов (если еще не сформировались участки миофиброза с резкой болезненностью типичных паравертебральных точек), кифолордосколиозы.
4. При применении аурикулотерапии болевой синдром в позвоночнике купировался у 60% больных. Отдаленные результаты лечения составляли 3-5 лет. Наиболее эффективными были AT (10, 13, 28, 34, 37, 38, 39, 40, 53, 54) (собственные предложения). AT усиливали корпоральной иглотерапией в области верхних, нижних конечностей и позвоночника, а также элементами мануальной терапии.
5. После применения биопунктуры противоболевой эффект сохраняется 24 часа и более.
6. После назначения больным биопунктуры и иммуномодуляторов (Хефо, Траумель С или Дискус в акупунктурные или триггерные точки, по 0,2-0,3 мл в каждую точку, не больше 10 БАТ, суммарная доза не превышала 1,0-2,0 мл.) для снижения патологической ирритации из вертебральных и экстравертебральных очагов поражения противоболевой эффект сохранился до суток и более.
7. Для достижения быстрого, пролонгированного и стабильного анальгезирующего и лечебного эффекта были разработаны новые методики ЭП с постепенным уменьшением частоты электрического тока от 50-30 Гц до 0,15-0,35 Гц с целью запуска сложных физиологических механизмов саногенеза на сегментарных и надсегментарных уровнях нервной системы. Разработанные методики лечения ЛИ и ЭП применяли в третьей и четвертой (основных) группах больных.
8. Применение кинезитерапии на лечебный эффект влияет положительно. Хорошие результаты дает выполнение в течение одного дня специально подобранного комплекса упражнений в зале и плавание в бассейне. Для укрепления мышц спины, живота и конечностей широко применяются различные силовые тренажеры, но с постепенным увеличением грузов.

9. Установлено, что лечение разными модифицированными рефлексотерапевтическими методами бывает более эффективным тогда, когда во время одного сеанса применяются больше чем один метод (2-4).

Литература

1. Портнов Ф.Г. Электростимуляционная рефлексотерапия.-Рига: «Зинанте», 1987.-352с.
2. Ulett G.A. Conditioned healing with electroacupuncture // *Altern-Ther-Health-Med.*-1996.-N5.
3. Voll R. Topographische Lage der Messpunkte der Elektroakupunktur 1, Uelzen: Medizinisch Literarische Verlagsgesellschaft, 1976.-Bd.
4. Дуринян Р.А. Атлас аурикулярной рефлексотерапии. - Ташкент: Медицина, 1982. - 64 с.
5. Тыкочинская Э.Д. Основы иглорефлексотерапии. - М.: «Медицина», 1979.-342 с.
6. Toda K. Effect of electroacupuncture on rat jaw opening reflex elicited by tooth pulp stimulation (1978).*Jap.J.Physiol.*28:485-497.
7. Чубарь А.В. Роль эмоциональных факторов в возникновении болевых поясничных синдромов вертеброгенной природы: Автореф. дис. канд. мед. наук.-М., 1983.-21с.
8. Дуринян Р.А. Механизм боли. - В кн.: Теория и практика рефлексотерапии. Мед.-биол. И физ.-техн. Аспекты рефлексотерапии. Изд-во Саратов. Ун-та, 1981, с. 11-18.
9. Дуринян Р.А. Физиологические основы аурикулярной рефлексотерапии. - Ереван: Айастан, 1983. - 238 с.
10. Чемерис А.В. Нейрофизиологические закономерности сенсомоторных взаимодействий и их значение в рефлексотерапии. - 1996.-41с.
11. Nogier P.F. *Treatise of auriculotherapy.* - Paris: Maisonneuve, 1972.
12. Richard P.: *Lasers et lasertherapie* (1984). *Cahiers de Biotherapie* 83:49-56.
13. Acupuncture Anesthesia Coordinating Group of Shanghai College of Traditional Chinese Medicine: The role of midbrain reticular formation in acupuncture anesthesia (1973). *Chin. Med.J.*3.
14. Prof. Liu Gong Wang (P. R. China) Обезболивание посредством сочетания фитотерапии и акупунктуры. VI Конгресс Балтийских стран «Акупунктура и традиционная китайская медицина» 1999 г.
15. Попелянский Я.Ю. Неврологические осложнения вертебрального остеохондроза. —В кн.: «Болезни нервной системы» (руководство для врачей). М.: «Медицина», 1982, с. 172- 200.
16. Самохин А.В., Готовский Ю.В. «Электростимуляционная диагностика и терапия по методу Р.Фолля». - М.: «ИМЕДИС», 1995.-448с.
17. Dr. V. Schjelderup (Norway) «ЕСIWO» - медицина. VI Конгресс Балтийских стран «Акупунктура и традиционная китайская медицина» 1999г.
18. Табеева Д.М. Иглотерапия. - М.: «Ратмос», 1994.-472с.
19. Черкашенко В.Н., Чувильская Л.М. Влияние адренергического компонента вегетативной нервной системы на проводимость кожи // Семинар «Рефлексотерапия в практическом здравоохранении». Материалы. Чебоксары, 1988.-с.38-39.
20. Табеева Д.М., Билалова А.Ш., Веселовский В.П. Выработка критериев эффективности иглорефлексотерапии поясничного остеохондроза.- Казанский медицинский журнал, 1981, №5, с.44-45.
21. Айдаралиев А.А., Кузнецова Г.П., Максимов А.Л. Использование теста тепловой чувствительности для оценки функционального состояния человека // *Физиология человека.* - 1992.-№2.с.89-92.
22. Белицкая Р.А., Краснова Л.Б., Дмитриева О.Ф., и др. Динамика изменений состояния нейрогуморальных систем организма под влиянием различных модификаций акупунктуры // 1-ый Международный научный конгресс «Традиционная медицина и питание, теоретические и практические аспекты». Материалы. -М.-1994.-с.13-14.
23. Всеволожская Е.М. Клинико-физиологическая характеристика и лечение с применением рефлексотерапии неврологических проявлений поясничного остеохондроза: Автореф.дис. Канд.мед.наук. -Киев, 1982. - 19 с.
24. Дуринян Р.А. Физиологические основы аурикулярной рефлексотерапии. - Ереван: Айстан-237 с.
25. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. Руководство по рефлексотерапии.- Киев: «Школа вища», 1982. - 304 с.
26. Чувильская Л.М., Елисева З.В., Черкашенко В.Н. К механизму аурикулярной электростимуляционной диагностики.// Международный конгресс «Народная медицина России - прошлое, настоящее, будущее». Тез. докладов.-Москва, 1993.-с.175-177.
27. Jiang M., Liu X. The lesion of somatosensory area II of cerebral cortex reducing the effects of electroacupuncture of «zusanli» on nucleus raphe magnus in rats // *Chen-Tzu-Yen-Chiu.*-1994.NI.
28. Goldman L.: *Rockwell R.J., Laser in medicine* (1971). N.Y. Gordon and Breach Science Pub. Inc.
29. Bahn J.: *Akupunktur und Laserstrahlen* (4/81).*Informatio Medico.*
30. Гойденко В.С., Усова М.К., Лебедев Н.А. и соавт. Электростимуляционная аурикулярная радикулита (Предварительное сообщение). - В кн.: Иглорефлексотерапия. Горький, 1974, с.119-120.
31. Каложный Л.В. Физиологические механизмы регуляции болевой чувствительности. -М.: Медицина, 1984.-213 с.
32. Качан А. Т. Исследование механизмов действия акупунктуры при заболеваниях периферической нервной системы. - Сб, 1991.-42 с.
33. Зорис А.. Аурикулодиагностика при болях в спине и пояснице. Научно – практическая конференция курортологов. Бирштонас, 1996 г. с. 36.
34. Зорис А. Акупунктура, электростимуляционная и антиоксиданты в комплексном лечении болевых синдромов. Научно – практическая конференция рефлексологов. Тез. докладов. Каунас, 1997 г. с.18-19
35. Зорис А. Акупунктура, лазеропунктура и антиоксиданты в комплексном лечении спондилогенных болевых синдромов. Международный научный конгресс Традиционная медицина – 2000. Тез. докладов. Элиста, 2000 г.

36. Зорис А. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника и антиоксиданты. Материалы научно – практической конференции по рефлексотерапии. Варшава, 2001 г. с.36-38.
37. Зорис А. Эффективность комплексного лечения больных дегенеративно - дистрофическими заболеваниями позвоночника. Традиционные методы лечения- основные направления и перспективы развития. Научно – практическая конференция. Польша, 2001 г. с.26.
38. Зорис А. Место рефлексотерапии в комплексном лечении спондилогенных болевых синдромов. XI международный симпозиум Мониторинг, аудит и информационное обеспечение в системе медико-экологической безопасности. Тез.докладов,- Испания, 2002 г.
39. Зорис А. Методы рефлексотерапии и антиоксидантов спондилогенных болевых синдромов. Всероссийский форум «Здравница». Тез. докладов. Москва. 2002 г. с.82-83.
40. Зорис А. Комплексное лечение дегенеративно - дистрофических заболеваний позвоночника. Журнал «Врач» № 5.(27) Москва. 2003 г.

S a n t r a u k a

ŠIUOLAIKINIŲ MODIFIKUOTŲ REFLEKSOTERAPIJOS METODŲ TAIKYMAS GYDANT STUBURO OSTEOCHONDROZĘ

A. Zorys, D. Zorienė

Kauno kompiuterizuotos refleksoterapijos klinika

Straipsnyje aprašyti autorių ištirti ligonių, sergančių stuburo osteochondroze, modifikuoti refleksoterapijos gydymo metodai. Autoriai taikė korporalines akupunktūros metodus stuburo juosmens dalies osteochondrozei gydyti ir nustatė efektyviausius korporalinius taškus tokiam gydymui vesti. Taip pat buvo nustatyti korporaciniai taškai, kuriuos veikiant akupunktūriniais metodais galima kupuruoti vertebralinių (stuburo) ir ekstravertebralinių židinių skausmus bei pašalinti neurodistrofinius ir kitokio pobūdžio sutrikimus.

Be to, straipsnyje aprašyti ir kiti autorių naudoti šiuolaikiniai stuburo osteochondrozės gydymo būdai ir pateikti jų tyrimo rezultatai. Viso buvo gydomi 384 ligoniai, sergantys stuburo juosmens dalies osteochondroze, komplikuota reflektoriniais ir šakneliniais sindromais. Pagrindinę tiriamąją grupę sudarė 320 ligonių, o kontrolinė – 64 ligoniai. Ligoniams gydyti buvo taikomi ir tiriami įvairūs šiuolaikiniai stuburo osteochondrozės gydymo būdai: korporalinė ir mikroakupunktūra, paviršinė akupunktūra, aurikuloakupunktūra, tracinis gydymo metodas, biopunktūra, lazeriopunktūra, elektroakupunktūra, kineziterapija, imunomodulatoriai. Atliekant tyrimus taip pat buvo pastebėta, kad gydymas taikant įvairius modifikuotus refleksoterapijos metodus yra efektingesnis, kai naudojama daugiau gydymo metodų vieno seanso metu (2-4). Naujai įvestas gydymas akupunktūra kartu su stuburo traukimo. Biopunktūros taikymas esant skausmo sindromui davė gerus rezultatus.

Gauta 2006 10 12

Spausdinti rekomendavo: prof., habil. med. m. dr. R. Gailys ir prof., habil. med. m. dr. A. Norkus