

Фармакопунктура в терапии пациентов с дорсопатией

Л. Г. Агасаров

Отличительной чертой фармакопунктуры, т. е. введения медикаментов в область точек рефлексотерапии, является симбиоз рефлекторного и лекарственного влияний [1]. В случае подобного использования гомеопатических средств подразумевается специфичность их действия, соответствующая принципу «ключ к замку» [4]. Вопрос же о сходной активности классических препаратов раскрыт явно недостаточно: так, к началу настоящего исследования в единичных работах сообщалось о фармакопунктуре этими агентами и в том числе хондропротектором Алфлутоп [5]. На дальнейшее раскрытие проблемы и были нацелены наши изыскания, с использованием в качестве «модели» дорсопатии на пояснично-крестцовом уровне.

Первый этап работы [7] детализировал преимущества фармакопунктуры указанным средством. Важным в этой связи являлся факт кратковременного применения препарата, когда в первую очередь проявляется его анальгетическое влияние.

Контингент, методы исследования и лечения

Под наблюдением находилось 90 пациентов (38 женщин и 52 мужчины) до 55 лет с обострением пояснично-крестцовой дорсопатии, подтвержденной рентгенологически. Клинический анализ дополняли оценкой уровня боли, используя визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). В ходе психологического тестирования применяли метод «многостороннего исследования личности» (МИЛ). Температуру заинтересованных зон определяли с помощью прибора «AGA-782». Пульсовое кровенаполнение голеней и стоп оценивали посредством реовазографии (аппарат «Биосет-6001»).

Обследуемые были разделены на три группы (каждая по 30 лиц), лечение в которых включало медикаментозное пособие, массаж и гимнастику. Помимо этого, в двух группах препарат Алфлутоп вводили внутримышечно: в 1-й группе стандартно, а во 2-й — по сложной схеме, на фоне иглотерапии местных и отдаленных точек. В 3-й группе Алфлутоп инъецировали в область указанных точек, т. е. путем фармакопунктуры. Таким образом, две последние группы объединяло применение традиционных методов воздействия. При этом, независимо от техники введения, использовали по одной ампуле (1 мл) препарата, а сам цикл насчитывал 10 процедур, выполняемых через день.

В ходе анализа эффективности лечения выделяли «значительное улучшение» — обратную динамику субъективных и объективных характеристик; «улучшение» — положительные сдвиги в основном субъективных показателей; «отсутствие эффекта» и «ухудшение». Исследования проводили в динамике, с компьютерно-статистической обработкой данных.

Результаты собственных наблюдений и их обсуждение

Длительность вертеброгенного процесса колебалась от года до 10 лет, с продолжительностью последнего рецидива свыше двух месяцев. Рефлекторные и корешковые синдромы дорсопатии, при доминировании сосудистого компонента, составили 47% и 43% наблюдения. Наряду с неврологическими знаками у 83% больных прослеживались изменения в психической сфере, нашедшие отражение в усредненном профиле МИЛ — достоверном пике по I шкале и менее выраженном подъеме по VI–VIII позициям.

В ходе термографии отмечено снижение температуры в области конечностей, особенно «пораженной». При этом возрастание интенсивности гипотермии в дистальном направлении (до $t 1,4 \pm 0,04$ °C) свидетельствовало в пользу спастического характера сосудистых реакций. Эти изменения согласовывались с данными реографии — асимметрии кровенаполнения голеней и стоп, с признаками спастико-атонического состояния артерий. Так, при рефлекторных синдромах реографический индекс (РИ) голеней на стороне «поражения» снижался до $0,04 \pm 0,006$ Ом ($p < 0,05$ по отношению к «норме»).

Полученные результаты позволили перейти к решению лечебных задач. По завершении терапии положительные, в целом сопоставимые, результаты 2-й и 3-й групп достоверно превосходили показатели 1-й группы. В частности, если в этой группе улучшение суммарно отмечалось у 50% больных, то в группах традиционной терапии положительные сдвиги выявлялись в 70% наблюдений (табл. 1).

Результативность лечения в группах больных

Таблица 1

Группы больных	Состояние							
	Значительное улучшение		Улучшение		Без эффекта		Ухудшение	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-я (n = 30)	5	16,7	10	33,3	15	50	—	—
2-я (n = 30)	9	30	12	40	8	26,7	1	3,3
3-я (n = 30)	10	33,3	11	36,7	8	26,7	1	3,3

Примечание. В скобках — количество наблюдений.

Частота развития обострений дорсопатии в группах

Таблица 2

Группы больных	Число наблюдений	Количество обострений	
		Абс.	%
1-я	25	8	32
2-я	24	5	20,8
3-я	25	5	20

При этом наступление устойчивого эффекта в 1-й группе наблюдалось после 5,9 внутримышечной инъекции препарата в случае рефлекторных синдромов и 7,5 — радикулопатий. Однако, несмотря на регресс основной и в том числе болевой симптоматики, выраженность нейрососудистых реакций здесь сохранялась.

Наступление должного эффекта в группах традиционного воздействия отмечалось в среднем после 4,5 инъекций у пациентов с рефлекторными и 6,1 — с корешковыми синдромами (отметим, что регресс интенсивности боли был достоверно отчетливее в 3-й группе, снижаясь с $6,1 \pm 0,6$ до $1,3 \pm 0,5$ балла). Кроме того, в этих группах редуцировали и сосудистые реакции; объяснение этого эффекта, нехарактерного для самого Алфлутопа, может лежать в плоскости рефлекторных влияний, свойственных как иглоукалыванию, так и фармакопунктуре.

Соответственно, благоприятные сдвиги в психическом статусе чаще наблюдались во 2-й и в 3-й группах, где на улучшение указывали 65% больных — против 32% наблюдений в 1-й группе. Анализ теста МИЛ больных групп традиционного лечения отразил достоверное падение пика по 1-й шкале и более благоприятное расположение правых позиций графика.

Изменения электрофизиологических характеристик также соответствовали динамике клинических проявлений. Если в 1-й группе нерезкое ($p > 0,05$) улучшение термографических показателей было отмечено в 63% наблюдений, то в случае традиционной терапии сдвиги данных показателей наблюдались чаще, в 86–90% наблюдений, и в пределах достоверности.

Сохранение жалоб сосудистого характера у большинства пациентов 1-й группы сочеталось с незначительными изменениями показателей реограмм, тогда как в группах традиционной терапии прослеживалось улучшение данных характеристик. Подтверждением этого служит достоверное повышение РИ голени, в среднем на 22%, причем более выраженное в случае фармакопунктуры.

Таким образом, по завершении лечения установлено преимущество традиционных схем над внутримышечным введением препарата. В ходе анализа, выполненного через полгода, рецидивы дорсопатии в 1-й группе были отмечены в 32% наблюдений, а в других группах достоверно реже, в 21–20% (табл. 2).

Однако в самих этих группах прослеживались различия в динамике ключевых показателей. В частности, нарастание спастических реакций у пациентов 2-й группы отмечалось на фоне относительно стабильного психического состояния. Напротив, в 3-й группе, при сохранении положительного сосудистого эффекта, нарастали жалобы астенического круга. Одним из объяснений этого может быть психотропное влияние, свойственное в большей степени классической иглотерапии [2].

В целом установленные факты укладываются в рамки общих представлений о потенцировании рефлекторного и медикаментозного звеньев фармакопунктуры [1, 4], с достижением качественно новых эффектов — в нашем случае сосудистого. Причем значимым, с учетом задач исследования, является достижение результата в случае применения классического лекарственного средства — Алфлутопа.

Полученные данные определили необходимость второго этапа [6] в виде сочетания фармакопунктуры с аппаратным способом воздействия, способным устранить отдельные недостатки предложенной технологии, включая и недостаточность психотропного влияния.

Контингент, методы обследования и лечения

Было отобрано 110 больных (71 женщина и 39 мужчин) с дорсопатией на пояснично-крестцовом уровне, при доминировании мышечного компонента процесса. Возраст обследуемых колебался от 27 до 62 лет, длительность заболевания — от 1 до 8 лет, продолжительность настоящего рецидива — от 1 до 5 месяцев.

Данные неврологического осмотра были дополнены результатами рентгенографии и/или томографии. Степень мышечных расстройств оценивали посредством индекса мышечного синдрома (ИМС), характеризующего силу, рисунок спонтанной боли, тонус мышц. Исходно ИМС у трети больных оценивали как выраженный ($12,5 \pm 0,2$ балла), а в остальных наблюдениях — как средний ($7,6 \pm 0,2$ балла).

Параллельно проводили анкетирование с помощью ВАШ, опросника Роланда–Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности», а также оценивали уровень жизнедеятельности согласно опроснику Освестри (ODI). В последнем случае суммарный уровень варьирует от 0 (наилучший) до 50 баллов (наихудший). Полученные данные дополняли показателями шкалы общего клинического впечатления, выделяя градации от «ухудшения» до «значительного эффекта».

В лечебной фазе пациенты были распределены на четыре группы — три основные, каждая по 30 человек, и группу сравнения, из 20 лиц. Во всех случаях применяли базовый комплекс в виде медикаментозного пособия, приемов мануальной терапии и лечебной физкультуры. В дополнение в 1-й группе проводили адаптивную биорезонансную терапию (БРТ), используя аппарат «ИМЕДИС-БРТ», излучающий импульсные низкочастотные электрические сигналы [3]. Во 2-й группе препарат Алфлутоп вводили дробно в 4–5 триггерных точек (по сути, путем фармакопунктуры), а в 3-й группе применяли комплекс из фармакопунктуры и БРТ. Воздействие в основных группах состояло из 10 процедур, назначаемых через день. В 4-й группе (сравнения) ограничивались базовой терапией.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе лечения во всех группах наблюдалось улучшение, проявляющееся регрессом двигательных и чувствительных нарушений, вегетативно-трофических расстройств и другими признаками. Тем не менее результативность предложенного комплекса, составившая 80%, достоверно превосходила показатели (55–66%) сравниваемых групп, что нашло отражение в табл. 3.

Согласно ВАШ, выраженность алгий в 3-й группе снижалась в пределах достоверности, с 6,4 до 1,4 единицы, в отличие от других групп, где регресс был не столь выражен. Уровень самооценки боли пациентами всех групп, по результатам опросника Роланда–Морриса, также уменьшался, в среднем на 70–75%. Индекс мышечного синдрома в группах снижался практически вчетверо, однако достоверные изменения, с $10,9 \pm 1,1$ до $1,9 \pm 0,2$ балла, показатель претерпевал только в 3-й группе.

Представленные данные согласовывались с результатами опросника Освестри (ODI): улучшение качества жизни наблюдалось у пациентов всех групп, при максимальных сдвигах (с 31,5 до 8,5 балла, $p < 0,05$) в случае комплекса из фармакопунктуры и БРТ (табл. 4).

Результативность лечения								
Группы больных	Состояние							
	Значительное улучшение		Улучшение		Без эффекта		Ухудшение	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-я (n = 30)	8	26,6	12	40	10	33,4	—	—
2-я (n = 30)	5	16,6	13	43,3	11	36,8	1	3,3
3-я (n = 30)	12	40	12	40	5	16,7	1	3,3
4-я (n = 20)	4	20	7	35	9	45	—	—
Примечание. N — число наблюдений.								

Динамика показателей опросника ODI о больных (в баллах)		
Группы	Исходно	После лечения
1-я (n = 30)	31,3 ± 2,5	12,3 ± 1,4
2-я (n = 30)	30,4 ± 2,3	12,0 ± 1,3
3-я (n = 30)	31,5 ± 2,2	8,5 ± 1,6*
4-я (n = 20)	31,2 ± 2,7	12,3 ± 1,5
Примечание. N — число наблюдений; * достоверность (p < 0,05) изменений.		

Динамика показателей шкалы общего клинического впечатления больных (в %)					
Группы	Показатели				
	Ухудшение	Без эффекта	Незначительный эффект	Умеренный эффект	Значительный эффект
1-я (n = 30)	—	—	19	65,7	15,3
2-я (n = 30)	—	—	18	68,7	13,3
3-я (n = 30)	—	—	13,3	50	36,7
4-я (n = 20)	25	—	15	55	5

В качестве звена, объединяющего представленные результаты, выступила шкала общего клинического впечатления, где в ходе комплексного воздействия улучшение состояния пациентов достигало максимальных значений (табл. 5).

Таким образом, целесообразность применения при дорсопатиях комплекса, объединяющего локальное введение Алфлутопа и биорезонансную терапию, подтверждается отчетливым улучшением показателей физического и психического состояния больных. В целом оба этапа исследования дали положительный ответ на вопрос об эффективности фармакопунктуры, выполняемой классическим медикаментом.

Литература

1. Агасаров Л. Г. Фармакопунктура. М., 2015. 192 с.
2. Агасаров Л. Г. Рефлексотерапия при распространенных заболеваниях нервной системы. М., 2017. 240 с.
3. Готовский М. Ю., Перов Ю. Ф., Чернецова Л. В. Биорезонансная терапия. М., 2010. 215 с.
4. Кершот Я. Клиническое руководство по биопунктуре / Пер. с англ. М., 2013. 224 с.
5. Макарова Л. Д., Козлов А. А., Михайлова Л. И., Браилко Н. В. Фармакопунктура Алфлутопа в комплексном лечении вертеброневрологических синдромов. В кн.: Рефлексотерапия и мануальная терапия в 21 веке. М., 2006. С. 230–231.
6. Макина С. К., Агасаров Л. Г. Оптимизация комплексной терапии больных с дорсопатией // Традиционная медицина. 2012, № 3. С. 13–15.
7. Тихая О. А., Агасаров Л. Г. Фармакопунктура препаратом Алфлутоп при дорсопатиях. В кн.: Медицинская реабилитация пациентов с патологией опорно-двигательной и нервной систем. М., 2006. С. 82–83.

Л. Г. Агасаров, доктор медицинских наук, профессор

Профессиональная ассоциация рефлексотерапевтов, Москва

Контактная информация: lev.agasarov@mail.ru

© «Открытые системы», 1992-2018. Все права
защищены.