

КОМПЛЕКСНОЕ АКУПУНКТУРНОЕ И ФАРМАКОПУНКТУРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО РАДИКУЛИТАС.В. Негрей¹, Д.Д. Молоков²¹НУЗ «Больница восстановительного лечения на станции Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД», гл. врач — Б.Г. Бронфин; ²Иркутский государственный институт усовершенствования врачей», ректор — проф., В.В. Шпрах)

Резюме. В статье представлен разработанный и внедрённый в практику работы больницы комплекс эффективного консервативного лечения пояснично-крестцового радикулита. За 2007 год методом рефлексотерапии было пролечено 197 больных с патологией позвоночника. Основным критерием эффективности было принято исчезновение болевого синдрома и восстановление ахиллового рефлекса. Приводятся данные эффективности рефлексотерапии как наименее травматичного метода лечения данной патологии. Наиболее эффективным оказалось применение комплексного лечения (медикаментозное в сочетании с рефлексотерапией) у больных с синдромом вертеброгенной люмбоишалгии в 63,1 % купировалась боль, в 16,6 % начал проявляться ахилловый рефлекс. У больных с корешково-компрессионным поражением поясничного отдела позвоночника (грыжа диска L4-L5, L5-S1) в 52,3 % купировался болевой синдром, в 2,4% наблюдалось восстановление ахиллового рефлекса.

Ключевые слова: пояснично-крестцовый радикулит, рефлексотерапия при остеохондрозе.

THE COMPLEX ACUPUNCTURE AND PHARMACOPUNCTURE TREATMENT OF HUMP-SACRALIS RADICULITISS.V. Negrej¹, D.D. Molokov²¹Hospital of Restorative Treatment Irkutsk Passajirsky Station Russian Railways; ²Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies. Irkutsk)

Summary. In the article the complex of effective conservative treatment of lumb-sacralis radiculitis developed and introduced into practice of work of hospital is submitted. For 2007 by a method reflexotherapy it was treated 197 patients with a pathology of backbone. The basic criterion of efficiency disappearance of a painful syndrome and restoration of achylov reflex was accepted. The data on efficiency of reflexotherapy as least traumatic method of treatment of the given pathology is given. The most effective appeared application of complex treatment (medicamentous in a combination with reflexotherapy) in patients with a syndrome of vertebralis lumboichyalgia in 63,1 % was stoped the pain, in 16,6 % achylov reflex began to appear. In patients with radicular-compression defeat of lumbar department of backbone (a hernia of disk L4-L5, L5-S1) in 52,3 % painful syndrome was stoped, in 2,4%-restoration of achylov reflex was observed.

Key words: lumb-sacralis radiculitis, reflexotherapy in osteochondrosis.

Каждый житель планеты хотя бы раз испытывал боль. Нередко боли имеют вертеброгенное происхождение и являются проявлением дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике. Это проявляется вторичными корешковыми и рефлекторными синдромами. Наиболее частой причиной более является остеохондроз. Известно, что после 30 лет каждый пятый человек в мире страдает дискогенным радикулитом. По частоте пояснично-крестцовый остеохондроз занимает первое место среди заболеваний спины, его особенность в том, что это заболевание встречается у людей молодого возраста, в среднем 30-60 лет [9], в 39,5% случаев в 20-29-летнем возрасте [2].

Статистические данные указывают на высокую частоту встречаемости остеохондроза и отсутствие тенденции к его уменьшению. Патология позвоночника является одной из наиболее частых причин утраты трудоспособности и инвалидизации, поэтому поиск методов эффективного лечения данной патологии имеет не только медицинскую, но и большую социально — экономическую значимость. За последние два десятилетия усиленное внимание в исследовании патогенеза пояснично-крестцового радикулита уделяется изучению патологии межпозвоночных дисков, что связано с высокой функциональной нагрузкой на эту область позвоночного столба и изнашиваемость позвонков и дисков. В основе данной патологии лежит дегенерация хрящевой ткани диска и последующее вовлечение в процесс тел смежных позвонков, а также межпозвоночных суставов и связочного аппарата [7].

В литературе имеется большое число сообщений, освещающих различные методы лечения болевых синдромов при пояснично-крестцовом радикулите. За последние годы пристальное внимание уделяется рефлексотерапии, которая оказывает нормализующее действие на тонус и реактивность нервной системы, на нервно-мышечный аппарат, повышает защитные силы организма и обладает выраженным обезболивающим эффектом [6].

Лечебные мероприятия при данном заболевании должны быть направлены на различные анатомические структуры позвоночника и связочного аппарата, ликвидацию воспаления в заинтересованных сегментах позвоночника, стимуляцию регенеративных процессов, повышение иммунологической активности. Базовым методом лечения пояснично-крестцового радикулита является фармакотерапия. Применяемые препараты не всегда обладают избирательным действием на повреждённый позвоночный сегмент, оказывают побочные действия, имеют противопоказания к применению. Поэтому проблема консервативного лечения пояснично-крестцового радикулита имеет немного эффективных решений и продолжает оставаться актуальной. Наиболее перспективным в этом отношении является применение различных методов рефлексотерапии. Однако использование только одного этого метода далеко не всегда даёт желаемый результат. И противопоставлять фармакотерапию и рефлексотерапию как два антагонизирующих способа лечения по меньшей мере не дальновидно. Врачебная практика подтвердила, что рациональное их сочетание расширяет показания к применению рефлексотерапии и вместе с тем оказывает благоприятный терапевтический эффект при назначении малых доз лекарственных препаратов [5].

Целью работы явилась разработка комплекса эффективного консервативного лечения пояснично-крестцового радикулита и наблюдение за восстановлением ахиллового рефлекса.

Материалы и методы

В кабинете рефлексотерапии за 2007 год было пролечено 197 больных с остеохондрозом позвоночника, в том числе с пояснично-крестцовым радикулитом пролечено 99 больных (50,3%). Эти 197 больных были разделены на 2 группы.

Первая группа — 57 (56,5%) человек больные с синдромом вертеброгенной люмбоишалгии. У них в неврологическом статусе имелся рефлекторный синдром,

при котором иррадиация болей не доходит до конца дерматомы. При осмотре наблюдались следующие явления: пальпаторно — нажатие на остистый отросток поясничного позвонка вызывало сильную боль и в то же время не наблюдалось сильной болезненности при пальпации паравертебральных мышц. Обычно при люмбагоишиалгии болевые и рефлекторные синдромы распространяются с поясничного отдела на ягодичную область и нижнюю конечность. Часто болезненны зоны трёхглавой мышцы голени, наряду с этим обнаруживаются болезненные узелки в самих мышцах, складывается типичная картина миофасциальных болей [3, 4, 7, 8]. Первая группа пациентов с синдромом вертеброгенной люмбагоишиалгии имела острый болевой синдром, утрату ахиллового рефлекса у 9 (15,8%), снижение ахиллового рефлекса у 48 (84,2%) больных.

Вторая группа 42 (43,5%) человека — больные с корешково-компрессионным поражением поясничного отдела позвоночника (грыжа диска L4-L5, L5-S1). У них в неврологическом статусе имела иррадиация болей до конца дерматомы с гипалгезией и дизестезией и положительный симптом «звонка». При осмотре: не отмечалась болезненность при нажатии на остистые отростки поясничных позвонков, но возникала резкая боль при сдавливании паравертебральных мышц. У этой группы больных боль была обусловлена ишемией, отёком и возбуждением ноцицепторов спинномозговых корешков [1, 3, 4]. Эта группа состояла из больных с тяжёлым болевым синдромом и утратой ахиллового рефлекса — 26 (62,0%), со снижением ахиллового рефлекса у 16 (38,0%) больных.

Третья группа (контрольная) — 20 человек с рефлекторным и корешковым синдромами, которые получали диадинамические токи с анальгином, новокаиновые блокады, миорелаксант центрального действия (толперизон), вазоактивные препараты, витамины. Им не проводились сеансы рефлексотерапии.

Пациентам же первых двух выделенных групп проводилось комплексное лечение, которое включало назначение сеансов рефлексотерапии. Пациенты всех трёх групп были обследованы по стандартной схеме изучения неврологического статуса, диагноз был подтвержден рентгенологически и способом магнитно-резонансной томографии.

Больным двух групп пациентов проводилась акупунктура курсами по 7-8 сеансов. Выбор точек и методы воздействия на нервные стволы основывались на знаниях приобретённого нами опыта работы, в результате использования которого были составлены наиболее оптимальные комплексы лечения. Воздействие проводили на точки акупунктуры металлическими иглами и полынными сигарами. Иглоукальвание проводили в точки меридиана мочевого пузыря и смежных меридианов: желчного пузыря и почек. Использовались местно-сегментарные и отдалённые точки на нижних конечностях, преимущественно в зонах «склеротомной» боли: T4, V40, V60, VB30, VB39, V57; подключались точки меридиана почек R, когда преобладали рефлекторно-тонические изменения, а в патологический процесс включались несколько сегментов. Так же использовались аурикулярные точки седалищного нерва, люмбагии, поясничного отдела позвоночника. Основным критерием эффективности лечения было принято — исчезновение болевого синдрома и восстановление ахиллового рефлекса.

Результаты и обсуждение

В первой группе (больные с синдромом вертеброгенной люмбагоишиалгии при остром течении процесса):

у 36 (63,2%) больных — купировалась боль после 5 сеансов акупунктуры. У 6 больных (16,6%) начал проявляться ахилловый рефлекс. При этом было замечено, что после паравертебральной блокады с препаратом триамцинолона 7-ми больным, на следующий день у 5 (13,8%) из них начал восстанавливаться ахилловый рефлекс.

Во второй группе (больные с корешково-компрессионным поражением поясничного отдела позвоночника: грыжа диска L4-L5, L5-S1) у 22 (52,3%) больных купирование болевого синдрома наблюдалось к концу курса лечения: на 7-8 сеанс акупунктуры, а у 20 (47,7%) сохранялся остаточный болевой синдром; 9 больных этой группы получили паравертебральную блокаду с препаратом триамцинолона и только у 1 (2,4%) больного наблюдалось восстановление ахиллового рефлекса.

В третьей группе (контрольной) купирование болевого синдрома носило затяжной характер и относилось к более поздним срокам лечения (на 10-12 день), ни у одного из этих больных ахилловый рефлекс не восстановился.

О роли чрезмерной нагрузки на позвоночник в возникновении остеохондроза свидетельствует и преобладание в нашей выборке мужчин 64 (64,6%) человека, а так же работников тяжёлого физического труда на железной дороге — 70% от количества наблюдавшихся. У работников же интеллектуального труда чаще всего поражался шейный отдел позвоночника. По данным выборки выявлена прямая связь между профессией и избирательностью поражений позвоночника. По обращаемости в кабинет рефлексотерапии группа интеллектуального труда составила 59 (29%) больных.

У пациентов, чья работа связана с поднятием большой тяжести впереди себя, особое значение имеет процесс разгибания тела. Действующие силы на позвоночный столб как бы «выжимают» пульпозное ядро межпозвоночного диска кзади, и если такое напряжение превышает предел физической выносливости тканей диска, то происходит разрыв фиброзного кольца с резким болевым синдромом, обусловленным перераздражением чувствительных нервных окончаний. Все авторы, изучающие проблему остеохондроза, указывают на частые поражения 4-5 поясничных дисков. По обращаемости к рефлексотерапевту показатель частоты поражения этих дисков достигает 75%, что связано с высокими физическими нагрузками на данные сегменты, которые в основном несут на себе тяжесть выпрямленного туловища человека. В связи с этим основной задачей лечения является купирование болевого синдрома за счёт создания условий декомпрессии, улучшения кровообращения и создание условий для дегидратации. Комплекс лечения, отвечающий этим требованиям был разработан в больнице восстановительного лечения на станции Иркутск-Пассажирский.

Таким образом, наиболее эффективным оказалось применение комплексного лечения у больных первой группы. Особенно заметным было улучшение процессов бытовой адаптации уже в ранние сроки лечения (к 5-7 дню). При неврологическом дефиците эффективным оказалось сочетание акупунктуры с фармакопунктурой (паравертебральные блокады с препаратом триамцинолона), что приводило к восстановлению ахиллового рефлекса.

Таким образом, акупунктура является эффективным методом лечения пояснично-крестцового радикулита. Применение, предложенного в больнице восстановительного лечения, метода комплексного акупунктурного и фармакопунктурного воздействия значительно повышает эффективность базового стандартного консервативного лечения пояснично-крестцового радикулита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян Г.Н., Чуханова Е.И., Никонов А.А. Применение мидокалма при купировании вертеброгенных болевых синдромов. // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 2000. — №5. — С. 26-31.

2. Асс Я.К. Пояснично-крестцовый радикулит. — М., 1971. — 193 с.
3. Болевые синдромы в неврологической клинике / Под ред. А.М. Вейна. — М., 1999. — 420 с.
4. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика. / Под ред. А.М. Вейна. — М.: МИА, 1998. — С. 276, 612.
5. Иванов В.И. Акупунктура. Новейший справочник. — М.: Эксмо, 2006. — 448 с.

6. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. — Киев — М.: АСТ-Пресс, 1994. — 545 с.
7. Смирнов А.Ю., Штульман Д.Р. и др. Поясничный стеноз. Неврологический журнал. — 1998. — №4. — С. 27-35.
8. Хинтон Р. Боль в спине. Неврология // Под ред. М.Самуэльса. — М., 1997. — С. 121-133.
9. Юмашев Г.С., Фурман М.Е. Остеохондрозы позвоночника. — М.: Медицина, 1984. — 384с.

Адрес для переписки: 664057, г. Иркутск, пр-т маршала Жукова, 68, кв. 441; Негрей Светлана Владимировна; Молоков Дмитрий Дмитриевич — зав. кафедрой, профессор, д.м.н. Тел. (3952) 358933, Эл. Почта — negrey@mail.ru

© ДОЛГИХ В.В., РЫЧКОВА Л.В., ПОГОДИНА А.В., ЗУРБАНОВА Л.В. — 2009

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ

В.В. Долгих, Л.В. Рычкова, А.В. Погодина, Л.В. Зурбанова

(Учреждение РАМН Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, г. Иркутск, директор — д.м.н., член-корр. РАМН, проф. Л.И. Колесникова)

Резюме. С целью изучения влияния гипоталамической дисфункции на течение артериальной гипертензии (АГ) в подростковом возрасте в течение двух лет проводилось динамическое наблюдение за 125 подростками в возрасте от 12 до 18 лет, страдающими артериальной гипертензией. Результаты исследования показали, что гипоталамический синдром явился важным прогностически неблагоприятным фактором, влияющим на течение АГ и одним из основных факторов риска формирования стабильной АГ у подростков, что диктует необходимость назначения в более ранние сроки гипотензивной медикаментозной терапии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, гипоталамическая дисфункция, подростки.

CLINIC AND PROGNOSTIC VALUE OF HYPOTHALAMIC DISFUNCTION FOR COURSE OF ARTERIAL HYPERTENSION IN ADOLESCENTS

V.V. Dolgikh, L.V. Richkova, A.V. Pogodina, L.V. Zurbanova

(Scientific Center of the Family Health Problems and Human Reproduction of Siberian Department of RAMS, Irkutsk)

Summary. Dynamic observation of 125 adolescents at the age from 12 to 18 years, who suffer with arterial hypertension, was conducted for the purpose of the study of the influence of hypothalamic dysfunction on the course of arterial hypertension (AG) at the teenage period for two years. The results of the study showed that the hypothalamic syndrome was the important prognostically unfavorable factor, which influences on course of AG and one of the basic factors of the risk of formation of stable AG in adolescents, that dictates the need for prescription within the earlier periods the hypotensive medicamentous therapy.

Key words: arterial hypertension, hypothalamic dysfunction, adolescents.

В периоде полового созревания функциональное напряжение нейроэндокринной системы и еще недостаточные ее резервы определяют повышенную чувствительность эндокринных желез к воздействию различных повреждающих факторов. Это является причиной формирования в подростковом возрасте ряда эндокринно-обменных заболеваний, самым распространенным из которых является ожирение с розовыми стриями, или гипоталамический синдром пубертатного периода (ГСПП) [5]. Гипоталамический синдром у подростков характеризуется высокой распространенностью, клиническим полиморфизмом и тесной связью с вегетативными, эмоциональными и мотивационными нарушениями (А.М. Вейн, 2003). Характерным проявлением ГСПП является склонность к повышению артериального давления (АД) и частому развитию явной артериальной гипертензии (АГ) [7].

За истекшие 15-20 лет доказано, что проблема АГ у детей имеет важное самостоятельное значение [3]. Подростки с артериальной гипертензией в сочетании с ГСПП находятся в центре внимания современной медицины в связи с тем, что у трети из них в последующем возможно раннее формирование гипертонической болезни, повышен риск развития сердечно-сосудистых осложнений и преждевременной смертности в сравнении с общей популяцией [6].

Целью нашего исследования явилось изучение влияния гипоталамической дисфункции на течение артериальной гипертензии в подростковом возрасте.

Материалы и методы

В течение двух лет на базе Клиники НЦ ПЗС РЧ СО РАМН проводилось динамическое наблюдение за 125 подростками в возрасте от 12 до 18 лет, страдающими артериальной гипертензией. Из них 86 мальчиков и 39 девочек.

Все подростки с повышенным уровнем АД были распределены на 2 группы. В I группу (65 человек) вошли больные, не имеющие избыточной массы тела и признаков гипоталамического синдрома. II группу (60 человек) составили подростки с избыточной массой тела, в том числе с ожирением I-III ст. (индекс массы тела > 25,1). У всех детей II группы была диагностирована гипоталамическая дисфункция в активной фазе, имеющая прогрессирующее течение. У подростков были выявлены трофические изменения кожных покровов и резко выраженные вегетативные нарушения, весьма характерные для данной патологии и обуславливающие многие жалобы больных. Пароксизмальные проявления вегетососудистых нарушений по своему характеру носили симпатoadренальный характер со склонностью к АГ. Значимых различий между группами по полу и возрасту выявлено не было.

Оценка объективного клинического статуса детей проводилась с применением методов физикального обследования. По общепринятой методике производилось измерение основных антропометрических показателей с последующим расчетом индекса массы тела по формуле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 / (\text{м}^2)$. Оценка функционального состояния сердечнососудистой си-