

particular attention is focused on brand-new Tobacco treatment method called combined auriculo-aversive therapy, which is adopted in Moscow narcological dispensary №9. The method currently undergoes a test in this institution. However, recommendations will be given after accumulation of statistic data in dynamic observation during and after treatment.

Key words: tobacco treatment, tobacco dependence

УДК 615.814.1; 616.523

МИКРОАКУПНКТУРНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ

В.В. МАЛАХОВСКИЙ *

Постгерпетическая невралгия (ПГН) определяется как продолжение, или возвращение боли на участке высыпаний, через один месяц или более после начала атаки herpes zoster. ПГН представляет собой наиболее распространенное алгическое осложнение herpes zoster [НЗ] и является причиной хронической нейропатической боли в пожилом возрасте. С учетом того, что доля лиц пожилого и старческого возраста в популяции постоянно возрастает, проблема терапии ПГН приобретает все более актуальный характер, тем более, что по данным [8], ПГН – ведущая причина суицидов среди пациентов с хронической болью старше 70 лет [8]. Вопреки сложившимся представлениям, ПГН не является редким заболеванием, ПГН возникает у 25–40 % пациентов старше 60 лет, перенесших опоясывающий лишай [13]. Боль – характерный признак НЗ. Пациенты обычно жалуются на жгучую и ланцинирующую боли. Среди проявлений НЗ следует отметить также гипестезию, зуд и тактильную аллодинию [9]. Если эта симптоматика сохраняется на срок более месяца, то она рассматривается как проявление постгерпетической невралгии. ПГН часто имеет упорное течение. Длительность заболевания колеблется от нескольких месяцев до нескольких лет [15].

Существующие лечебные мероприятия, направленные на борьбу с болевым синдромом – ведущим в клинической картине ПГН, обычно оказываются малоэффективными. Это побуждает специалистов к поиску новых терапевтических подходов. Основным методом лечения ПГН является психофармакотерапия с использованием антидепрессантов (амитриптилин и др.) [4] и антиконвульсантов (карбамазепин и др.) [5], хирургические методы, имеющие значительное количество выраженных побочных эффектов [7]. А также местное лечение – капсаицин [12], лидокаиновые спреи и гели [14].

В последнее время шире применяются нелекарственные подходы, в т.ч. и чрескожная электронейростимуляция, электроакупунктура, корпоральная акупунктура. По данным [6, 10], лечение ПГН с использованием акупунктуры достигает успеха. Близкие данные сообщают в работе [11], указывая также на дешевизну метода и отсутствие побочных эффектов, свойственных большинству других способов лечения. Сведения о применении корпоральной иглорефлексотерапии при ПГН, позволили предположить возможную эффективность использования микроакупунктуры (сочетание аурикулопунктуры [1] и Су Джок-терапии [3]).

Цель исследования – изучить эффективность применения микропунктурных методов в терапии больных ПГН.

Материал исследования составили 110 пациентов с ПГН. Из них 38 мужчин (35%). Поражение ветвей тройничного нерва отмечалось в 21 случае (19%), цервикальных дерматомов – в 11 (10%), торакальных – в 62 (56%), лямбальных – в 16 (15%). Лица с поражением сакральных дерматомов в группу не вошли. Минимальный возраст – 47 лет, максимальный – 85 лет. Средний возраст 67,5 лет. Продолжительность заболевания – от 2 месяцев до 5 лет. Существенной зависимости между стороной поражения и степенью выраженности болевого синдрома, а также полом и степенью выраженности болевого синдрома не отмечалось.

Критериями исключения из группы были: наличие у пациентов болезней крови, лимфопролиферативных и других

онкологических заболеваний, а также тяжелой эндокринной патологии. Эти ограничения были связаны с невозможностью применения микроакупунктуры при данных нозологиях, т.к. они являются противопоказанием к рефлексотерапии.

Оценка болевого синдрома проводилась с использованием модифицированного болевого теста (МБТ), включавшего 5 шкал: 1 шкала – частоты появления боли; 2 шкала – длительность боли; 3 шкала – интенсивность боли; 4 шкала – сенсорного восприятия боли (список дескрипторов); 5 шкала – эмоционально-аффективная оценка боли [2].

Методы лечения. Пациенты методом случайной выборки были разбиты на 3 группы. В первую группу вошли 40 человек. В этой группе лечение проводилось с применением амитриптилина в дозе 75 мг/сут (ТАД-группа). Во второй группе (40 человек) лечение проводилось методами микроиглотерапии. В этой группе применялись совместно аурикулотерапия (постановка игл в точки регулирующего действия (34,51,55 и т.д.) и точки, соответствующие области поражения: лба (33), виска (35), аурикулотемпорального нерва (16а) – в группе с вовлечением тройничного нерва; точки грудного (39,42,108) и поясничного (40,54,106) отделов позвоночника и спинного мозга (130) соответственно) и СуДжок-акупунктура по системе соответствия [3], на кистях рук (ИРТ-группа). В третью группу вошло 30 человек. Им проводили лечение с применением амитриптилина (50 мг/сут) и микропунктурных методов, описанных выше (ТАД+ИРТ-группа). Оценка эффективности лечения велась с использованием МБТ через два месяца после начала терапии.

Результаты терапии. Отмечено достоверное увеличение эффективности терапии болевого синдрома у пациентов в группе лечения антидепрессантами и микроиглотерапией (*p<0,05), относительно монотерапии амитриптилином по шкалам длительности боли (на 1,1 балла), частоты болевых проявлений (на 0,8 балла), сенсорного восприятия боли (на 0,7 балла) (рис. 1).

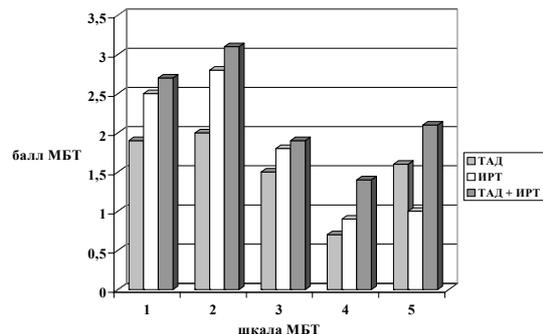


Рис. 1. Совокупная динамика уменьшения болевого синдрома (в баллах МБТ)

Суммарное увеличение эффективности терапии составляет 12% в группе сочетанного лечения амитриптилином (50 мг/сут) и микроиглами относительно монотерапии амитриптилином (75 мг/сут). Результат достоверен (p<0,05). При комплексной оценке, различия выявляемые на диаграмме 1 усредняются демонстрируя совокупную динамику эффективности.(рис. 2)

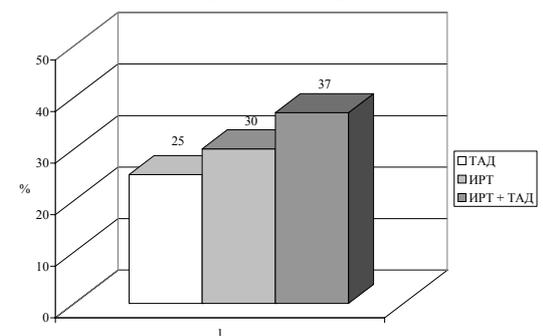


Рис. 2. Совокупная суммарная динамика динамика уменьшения болевого синдрома по МБТ (все группы)

* Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Кафедра нелекарственных методов лечения и клинической физиологии

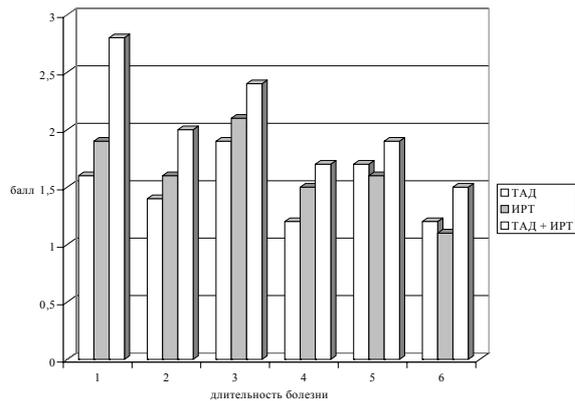


Рис. 3. Динамика эффективности терапии в зависимости от длительности заболевания (средний балл МБТ) по шкале «длительность болезни» 1 – 2 мес., 2 – 3-6 мес., 3 – до 1 года, 4 – до 2 лет, 5 – до 3 лет, 6 – до 5 лет

Достоверными оказались различия эффективности между 1 (ТАД) и 3 группами при длительности заболевания 2 мес (**P<0,01) и от 3 до 6 мес (*P<0,05). Однако следует учитывать, что в 3 группе (ТАД+ИРТ) пациенты наряду с иглотерапией получали амитриптилин в дозе 50 мг/сут, тогда как в первой – 75 мг/сут. Данные рис. 3 свидетельствуют о сопоставимой эффективности при более низкой дозе антидепрессанта. По результатам оценки эффективности терапии микропунктурные методы наиболее результативны в первые полгода течения ПГН. Назначение в более поздние сроки не обеспечивает повышения эффективности лечения, в том числе в связи с нарастанием тревожных и депрессивных нарушений, однако позволяет снизить на 1/3 дозы применяемого антидепрессанта, тем самым уменьшая вероятность возникновения побочных эффектов

В заключение надо отметить синергичность воздействия на болевой синдром при ПГН микропунктуры и амитриптилина. Так амитриптилин влияет на серотонинергические, и в несколько меньшей степени на норадренергические и дофаминергические механизмы, оказывая максимально выраженное воздействие на эмоционально-аффективный компонент боли, за счет антидепрессивного и анксиолитического действия. Микроакупунктура оказывает преимущественное влияние на эндорфиновые и энкефалиновые механизмы, действуя также и на серотонинергические, формирует конкурентный афферентный поток, способствуя уменьшению длительности и снижению частоты болевых проявлений при ПГН.

Литература

1. Михайлова А.А. Клиническая аурикулопунктура.– Сыктывкар.–1993.
2. Модифицированный болевой тест (Пособие для врачей).– НИИ ТМЛ.– М.–1996.
3. Пак Дже Ву Руководство по Суджок терапии.– Сеул.– 1991.
4. Штрибель Х.В. Терапия хронической боли.– М.: Гэотар-медиа.– 2005.– С.238–244.
5. Яхно Н.Н. // В сб. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике.–СПб.–1994.– С.317–325.
6. Coghlan C. J. // Cent. Afr. J. Med.– 1992.– Vol.38.– P. 466.
7. Engberg I.B. et al. // J. Adv. Nurs.– 1995.– Vol. 21 (3).– P.427–433.
8. Hess T.M. et al. // Minn. Med. 1990. – Vol. 73(4).– P.37–40
9. Kost R. G., Straus S. // N. Engl J. Med.– 1996.– Vol. 335(1).– P. 32–42 .
10. Lefkowitz M., Marini R.A. // Ann Acad Med Singapore.– 1994.– Vol.23 (6 Suppl).– P. 139–144
11. Liu Zhiwen Chen Jing. // In Academic Conference of the tenth Anniversary of WIAS.–1997.– P. 201.
12. Morris G.C. et al. // Pain 1995.– Vol. 63 (1).– P.93–101.
13. Nagami-P. // Geriatrics.– 1986.– Vol 41(11).– P.67–80.
14. Rowbotham M., Fields H. // Pain.– 1989.–Vol.38.– P.297.
15. Watson C.P., Evans R.J. // Arch. Neurol.– 1986.– Vol. 43(8).– P. 836–840.

УДК 616.529

ЗНАЧЕНИЕ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ФАКТОРА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ТОРАКАЛЬНОЙ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ

В.В. МАЛАХОВСКИЙ, А.М.ОРЕЛ*

Характер болевого синдрома при постгерпетической невралгии (ПГН) отличается постоянством, отсутствием эффекта купирования стандартными анальгетическими средствами и требует использования антидепрессантов и антиконвульсантов [5–6,10]. ПГН определяется как боль жгучего, стреляющего, ноющего и иного характера, часто сочетающаяся с зудом и чувствительными расстройствами, которая сохраняется на участке высыпаний в зоне поражения один месяц или более после начала атаки Varicella zoster virus [1, 2, 6,10–11] – ДНК-вируса, вызывающего у детей ветряную оспу, а у взрослых – опоясывающий герпес (herpes zoster) [12]. Наглядным примером того, что ПГН не является редким заболеванием, служат данные, приводимые в [8]: «В любой момент времени, приблизительно 200 000 человек в Великобритании страдают ПГН». Особенно тяжело и длительно болезнь протекает у пожилых [9]. R.G. Kost et al. приводят соотношения – лица, перенесшие опоясывающий герпес в возрасте старше 55, 60 и 70 лет, имели постгерпетическую невралгию в 27%, 47% и 73% случаев соответственно. Обычно вовлекаются 1–2 смежных спинномозговых узла, чаще грудных, или одна-две ветви тройничного нерва. В работе [3] также указывают на преимущественную заинтересованность ганглиев черепно-мозговых нервов, в том числе, тройничного – в 19,5% и торакальных – в 50,5%. Поражение в области головы имеет место в 15% случаев, шеи – в 12%, груди – в 55%, поясницы – в 14%, сакральной области – в 3% [7].

Хотя стандартом терапии ПГН является применение психофармакологических средств и местных анестетиков, в определенных случаях оказывается эффективным сегментарное применение иглорефлексотерапии [5], рефлекторной мануальной терапии. Это указывает на возможную заинтересованность мышечно-связочного аппарата, нарушений его мобильности и мотильности составляющих его элементов при данном заболевании. Это, в свою очередь, позволяет предположить возможную роль вертеброгенного фактора в патогенезе постгерпетической невралгии. Публикаций, посвященных исследованию роли дисфункций биомеханики грудного отдела позвоночника, обусловленной смещениями и изменением морфологии позвонков, как предрасполагающего фактора формирования ПГН после атаки herpes zoster в доступной нам научной литературе обнаружено не было. Возможно, это связано с отсутствием метода, объективизирующего одновременно пространственное расположение и патоморфологию позвонков.

Метод системного анализа рентгенограмм позвоночника решил эту задачу. С его помощью объективная информация об индивидуальных особенностях позвоночника каждого больного, содержащаяся на рентгенограммах, преобразуется в графический образ - системную модель, которую можно хранить, копировать, сравнивать и использовать для обнаружения взаимосвязей со структурами и органами тела человека [4]. Для проверки гипотезы об участии вертеброгенного фактора в патогенезе постгерпетической невралгии торакальной локализации, как наиболее частой локализации ПГН, двадцати больным с этим заболеванием (5 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 33 до 89 лет (большинство пациентов имело возраст 43–64 года), была проведена рентгенография грудного отдела позвоночника с последующим системным анализом рентгенограмм. Учитывались минимальные дисплазии, такие как клиновидная деформация, дистрофические изменения и дислокации позвонков.

В ходе исследования удалось выявить несколько видов патологических нарушений позвоночника у больных с ПГН: органические изменения (клиновидные позвонки, фиксирующий гиперостоз Форестье, артроз дугоотростчатых и реберно-позвоночных суставов, остеохондроз); нарушения положений позвонков (фиксация позвонков в атипичном положении, переблокировка, наличие перехода направления сколиотических дуг – стержневых точек).

* Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, кафедра не лекарственных методов лечения и клинической физиологии