

ID: 2013-01-4013-A-1834

Краткое сообщение

Белоглазов Д.Н., Лим В.Г.

Восстановительная терапия алкогольной полиневропатии

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра неврологии ФПК и ППС
Первый Московский Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, кафедра мануальной терапии
МУЗ 1-я ГКБ им. Ю.Я. Гордеева, г. Саратов

Алкогольная полиневропатия (АП) представляет собой симметричную сенсомоторную невропатию, в основе которой, как правило, лежит дегенерация аксона.

Среди всех полиневропатий АП составляет 36%, при этом 64% больных алкогольной зависимостью (АЗ), осложнённой АП, становятся ограниченно трудоспособными или нетрудоспособными. Средний возраст больных, страдающих АЗ, составляет 55 лет.

Разработка эффективных методов лечения АП является актуальной задачей современного здравоохранения. В последнее время большое внимание в лечении заболеваний, в том числе и болезней нервной системы, отводится естественно-биологическим методам: массажу, ЛФК, мануальной терапии, гомеопатии, рефлексотерапии, гомеосиниатрии, фармакопунктуре, КВЧ- и ТГЧ-терапии. Основные их отличительные признаки: физиологическая активация процессов саморегуляции и мобилизация защитных сил организма, устойчивость достигнутых терапевтических эффектов, отсутствие аллергических и иных побочных реакций, возможность безопасного сочетания при курсовом лечении.

Цель исследования: разработка эффективных способов лечения больных алкогольной полиневропатией путём воздействия на биологически активные точки ЭМИ терагерцевого диапазона молекулярного спектра излучения и поглощения оксида азота 150,0±0,75 ГГц и применения фармакопунктуры тиамина.

Нами было обследовано и пролечено 147 пациентов. Все больные были разделены на три группы, сопоставимые по полу и возрасту. Первая группа состояла из 64 человек, вторая - из 58, третья (контрольная) - из 25. Больные с установленным диагнозом АЗ находились на лечении в наркологическом отделении клиники кожных и венерических болезней Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского.

В первую исследуемую группу вошли 48 (75%) мужчин и 16 (25%) женщин. Средний возраст составил 42,3±0,9 года. Вторая стадия АЗ была диагностирована у 45 (70,3%) пациентов, третья – у 19 (29,7%). Средняя толерантность к алкоголю составила 398,4±16,2 мл этанола. Средняя длительность приема алкоголя 10,1±0,3 лет. Средняя длительность невропатических симптомов – 15,6±1,2 мес. (таблица).

Во вторую исследуемую группу вошли 36 (62,1%) мужчин и 22 (37,9%) женщины. Средний возраст составил 42,9±0,9 года. Вторая стадия АЗ была диагностирована у 42 (72,4%) пациентов, третья – у 16 (27,6%). Средняя толерантность к алкоголю составила 401,7±16,8 мл этанола. Средняя длительность приема алкоголя 10,0±0,3 лет. Средняя длительность невропатических симптомов – 14,8±1,2 мес. (таблица).

В контрольную группу вошли 17 (68%) мужчин и 8 (32%) женщин. Средний возраст составил 43,6±1,6 года. Вторая стадия АЗ была диагностирована у 18 (72%) пациентов, третья – у 7 (28%). Средняя толерантность к алкоголю составила 388,0±31,2 мл этанола. Средняя длительность приема алкоголя 10,3±0,5 лет. Средняя длительность невропатических симптомов – 16,5±2,0 мес. (таблица).

Таблица. Общая характеристика пациентов с алкогольной полиневропатией

Показатели	Пациенты 1-й группы (M±m)	Пациенты 2-й группы (M±m)	Пациенты 3-й группы (M±m)
Средний возраст, лет	42,3±0,9	42,9±0,9	43,6±1,6
Пол (мужчины / женщины), абс.к-во (%)	48/16 (75/25)	36/22 (62,1/37,9)	17/8 (68/32)
Средняя толерантность к алкоголю, мл этанола	398,4±16,2	401,7±16,8	388,0±31,2
Длительность приёма алкоголя, лет	10,1±0,3	10,0±0,3	10,3±0,5
Длительность невропатических симптомов, мес.	15,6±1,2	14,8±1,2	16,5±2,0

Критериями включения больных в исследование являлись:

Возраст до 60 лет.

Регулярный прием алкоголя в течение пяти лет и более, в количестве не менее 100 мл этилового спирта в сутки, а также больных с установленным диагнозом АЗ.

Отсутствие других причин полиневропатии (эндокринная, онкологическая, наследственная, тяжелая почечная патология, системные заболевания крови и др.).

Больных не включали в исследование при имеющейся наркотической, лекарственной зависимости, наличии инфекций и тяжелой соматической патологии.

По данным УЗИ органов брюшной полости и анамнеза у пациентов была выявлена следующая сопутствующая соматическая патология: у 84 (68,9%) пациентов – жировая дистрофия печени, у 72 (59,8%) – хронический панкреатит, у 59 (48,4%) – хронический гастрит, у 14 (11,5%) – цирроз печени. У 67 (54,9%) пациентов в анамнезе отмечалась закрытая черепно-мозговая травма с сотрясением головного мозга.

Для диагностики АП применяли следующие шкалы: шкалу симптомов невропатии в нижних конечностях по Bril V., 1999.

Для оценки интенсивности болевого синдрома была использована методика объективной оценки интенсивности болевого синдрома.

Исследование функционального состояния периферического нейромоторного аппарата проводилось методом стимуляционной электронейромиографии (ЭНМГ) на приборе Keypoint фирмы Medtronic (USA) с использованием моторных отводящих (регистрационный номер 9013C0111), сенсорных (регистрационный номер 9013S031) стандартных и стимуляционных электродов (регистрационный номер 9013S0351). Пациенты обследовались на базе ФГБУ «Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии». Анализировались следующие показатели: амплитуда М-ответа мышц стоп и кистей. М-ответ при супрамаксимальной стимуляции регистрировался с мышц - противопоставляющей большой палец, иннервируемой п. medianus, - короткого разгибателя пальцев стопы, иннервируемой п. peroneusprofundus, - отводящей большой палец стопы, иннервируемой п. tibialis. Измерение амплитуды М-ответа мышц кистей и стоп осуществляли по негативной фазе; скорость распространения возбуждения (CPB) по двигательным волокнам в дистальных участках срединного, малоберцового, большеберцового нервов; дистальная латентность – время прохождения нервного импульса по дистальным немиелинизированным участкам нервов верхних и нижних конечностей.

Пациентам I группы, наряду со стандартным лечением, проводили ТГЧ-НО терапию, используя аппарат ТГЧ-терапии «ОРБИТА» ЯКУЛ.941526.001. ЭМИ ТГЧ-НО воздействовали на БАТ следующих меридианов: толстой кишки - GI4, GI11; желудка - E36; селезенки-поджелудочной железы - RP6; перикарда - MC5; тройного обогревателя - TR6; желчного пузыря - VB20, VB41; печени - F2, F3. При острой и подострой форме заболевания курс лечения составлял 10 процедур с экспозицией на каждую точку по 3 минуты (слева и справа), причём на 1-м, 3-м, 5-м, 7-м и 9-м сеансах лечения воздействовали на БАТ в последовательности GI4, E36, MC5, VB20 и F2, а на 2-м, 4-м, 6-м, 8-м и 10-м – на точки GI11, RP6, TR6, VB41 и F3.

При хронической форме заболевания курс лечения составлял 15 процедур с экспозицией на каждую точку по 5 минут. На 1-м, 4-м, 7-м, 10-м и 13-м сеансах лечения воздействовали на БАТ в последовательности GI4, E36 и MC5, на 2-м, 5-м, 8-м, 11-м и 14-м – на точки GI11, VB20 и F2, на 3-м, 6-м, 9-м, 12-м и 15-м сеансах – на точки RP6, TR6, VB41 и F3.

Пациентам II группы наряду со стандартной терапией вводился тиамин в БАТ следующих меридианов: толстой кишки - GI6, GI11; желудка - E37, E41; тройного обогревателя - TR6; желчного пузыря - VB34, VB39. Воздействие на БАТ осуществляли в следующей последовательности: E37, GI6, VB34, TR6, VB39, GI11, E41. Курс лечения составил 10 процедур. Объем вводимого препарата в каждую точку равнялся 0,1 мл, глубина введения иглы – 0,5 см.

Пациенты III группы получали только стандартную терапию: дезинтоксикационную, ноотропную, гепатопротекторную, противосудорожную, а также витамины и антидепрессантные препараты.

Обработка полученных данных осуществлялась с применением методов медицинской статистики на персональном компьютере с помощью программы SPSS 8.0. Для расчета средних величин М и ошибки средней арифметической m применялась программа описательной статистики. Количественные переменные, в предположении их нормального распределения, сравнивались с помощью критерия Стьюдента (парный критерий Стьюдента для сравнения до и после лечения). Если предположение о нормальном распределении переменной нарушалось, сравнение осуществлялось непараметрическими методами: критерий Манна-Уитни для параллельных групп и критерий Уилкоксона для зависимых выборок.

Порядковые признаки сравнивались при помощи непараметрических методов: критерий Манна-Уитни для параллельных групп, критерий Уилкоксона для зависимых выборок. Все статистические сравнения осуществлялись на уровне значимости 95% ($p < 0,05$).

Переносимость ТГЧ – НО терапии и фармакопунктуры оказалась хорошей. Нежелательных явлений не наблюдалось. Эффективность терапии оценивали по ЭНМГ исследованию и шкале объективной оценки интенсивности болевого синдрома. Лечение больных АП с помощью ТГЧ-НО терапии и фармакопунктуры показало высокую эффективность: по окончании курса ТГЧ-НО терапии и введения тиамина в БАТ положительный клинический эффект различной степени выраженности наблюдался у 85% и 80% больных соответственно. Уменьшались парестезии, купировался алгический синдром, наблюдалось улучшение поверхностных и глубоких видов чувствительности: болевой, температурной, тактильной, вибрационной, мышечно-суставного чувства. Получены положительные изменения в двигательной сфере. Получено статистически значимое ($p < 0,05$) увеличение CPB по периферическим нервам, амплитуды М-ответа, уменьшение латентного периода, коэффициента интенсивности болевого синдрома. Во время лечения и в течение шести месяцев после ТГЧ НО-терапии и фармакопунктуры у больных с АП побочных явлений не наблюдалось.

Выводы:

1. Для алкогольной полиневропатии характерна генерализованная симметричная сенсомоторная дистальная аксонопатия.
2. Электронейромиографическими признаками алкогольной полиневропатии являются значительное снижение амплитуды М-ответа и уменьшение скорости распространения возбуждения до 30% от нормы.
3. Фармакопунктура тиамина и пунктура электромагнитным излучением терагерцового диапазона спектра излучения и поглощения оксида азота воздействуют на патогенетические звенья алкогольной полиневропатии.
4. Учитывая патогенетические механизмы развития алкогольной полиневропатии введение тиамина в биологические активные точки и ТГЧ - терапия частотой $150,0 \pm 0,75$ ГГц с воздействием на БАТ являются эффективными методами лечения алкогольной полиневропатии.