



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

К первой группе относятся органические изменения. У большинства больных имелась боковая клиновидная деформация позвонков грудного отдела, которая локализовалась на уровне сегментов, соответствующих зоне постгерпетической невралгии – у 10 больных, ниже – у 4 – и выше уровня невралгии – у одного. Меньшая сторона клина направлена в сторону поврежденных сегментов у 7 больных, а в противоположную – у 8. У 15 из 20 страдающих постгерпетической невралгией грудного отдела выявлена боковая клиновидная деформация тел позвонков. У 5 больных клиновидная деформация отсутствовала, но имелись проявления дистрофических заболеваний – в виде фиксирующего гиперостоза Форестье, артроза дугоотростчатых и реберно-позвоночных суставов и остеохондроза (у двух пациентов на уровне поражения и у двух – ниже уровня поражения). У одной больной в возрасте 30 лет клиновидная деформация позвонка отсутствовала, проявления фиксирующего гиперостоза Форестье, выраженного артроза реберно-позвоночных суставов не зафиксированы, но выявлены атипично фиксированные позвонки и проявления остеохондроза, что также свидетельствовало об ограничении подвижности этих ПДС. Фиксирующий гиперостоз Форестье диагностирован у 13 из 20 больных. На сегментарном уровне области постгерпетической невралгии – у 7 больных, ниже – у 5, а выше – у одного. Артроз реберно-позвоночных суставов встретился у 7 больных, на уровне зоны постгерпетической невралгии – у 3, ниже – у четверых. Остеохондроз выявлен у 14 (70%) больных.

Морфологическим изменениям сопутствовали нарушения пространственного положения позвонков. S-образная сколиотическая деформация позвоночника имела зону перехода (стержневую точку) на сегментарном уровне зоны постгерпетической невралгии – у 7 больных и ниже – еще у 4, всего у 11 пациентов. Грудной кифоз был усилен на уровне области постгерпетической невралгии у 7, ниже – у 5, выше у одного больного, всего – у 13. Часто ниже уровня зоны постгерпетической невралгии обнаруживалось наличие атипично фиксированных позвонков, когда позвонок располагался так, что положение вектора остистого отростка противоречило естественному биомеханическому процессу его движения. Из 20 больных такое положение позвонков зафиксировано у 2 пациентов на уровне зоны постгерпетической невралгии, у 16 пациентов – ниже, а у одного больного – выше уровня области постгерпетической невралгии. Всего атипичная фиксация обнаружена у 19 человек. Помимо фиксированных позвонков обращало на себя внимание положение соседних позвонков, при котором направление их ротации буквально на уровне одного или двух позвоночных двигательных сегментов менялось на противоположное. Например Т6 был ротирован налево, а Т5 или Т4 направо. Это состояние перехода ротации мы обозначили как переблокировка [4], на сегментарном уровне постгерпетической невралгии было выявлено у 9 больных (10 переблокировок), ниже – у 8 больных (9 переблокировок), выше – у 3 больных (4 переблокировки). Всего переблокировки отмечены у 15 больных.

В диагностическом плане наиболее важным представляется наличие у одного пациента атипично фиксированного позвонка, переблокировки, клиновидной деформации тела позвонка и фиксирующего гиперостоза Форестье, артроза реберно-поперечных суставов. Сочетание 4-х признаков выявлено у 15 больных (75% случаев). У 10 – на уровне зоны постгерпетической невралгии, у 4 – ниже этого уровня, у одной больной – выше. Методом системного анализа рентгенограмм позвоночника выявлено, что у больных с постгерпетической невралгией торакальной локализации на уровне сегментов невралгии локализовались органические изменения, ограничивающие подвижность этих ПДС, и фиксированные нарушения пространственного положения позвонков. Выявленные факты говорят об участии вертеброгенного фактора в патогенезе формирования торакальной постгерпетической невралгии.

Литература

1. Деконенко Е.П. 3. // В сб. Неизвестная эпидемия: герпес.– Смоленск.– 1997.– С.119–129.
2. Деконенко Е.П. и др. // Вестн. практ. неврологии.– 1998.– № 4.– С.41–43.
3. Мартынов Ю. С, Малкова Е. В. Поражения нервной системы при опоясывающем лишае.– М., 1977.

4. Орел А.М. Системный анализ рентгенограмм позвоночника: Монография.– М., 2001.
5. Штрубель Х.В. Терапия хронической боли.– М.: Гэотар-медиа, 2005.– С.238–244.
6. Юшук Н.Д. и др. Поражение нервной системы при герпетических инфекциях.– М.: Профиль.– 2005.
7. Bonica J. The management of pain. // 2nd ed.– Philadelphia.– 1991.
8. Bowsher D. // Eur. J. Pain.– 1999.– Vol.3(4). – P.335–342.
9. Hess T.M. et al. // Minn. Med.– 1990.– Vol. 73(4). – P.37.
10. Kost R. G., Straus S.E.// N. Engl J.Med.– 1996.– Vol. 335(1).– P. 32–42.
11. Schmader K. // Vaccine.– 1998.– Vol. 16.– P.1768–1770.
12. Tyring S.K. //Semin-Dermatol.– 1992.– Vol.11(3). – P.211.

УДК 616.12:615.8

МЕСТО ЛАЗЕРОПУНКТУРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

О.В. ИЛЬИНА, И.С. ПАЛЬЦЕВА*

Заболевания сердечно-сосудистой системы доминируют в структуре заболеваемости населения во всем мире, и среди них ишемическая болезнь сердца (ИБС) [8,10]. Несмотря на значительные успехи современной клинической фармакологии в создании множества новых препаратов, лечение больных со стенокардией и не приносит желаемого результата [7, 11]. В последние годы в лечении ИБС широко применяется лазеротерапия, и в частности лазерная рефлексотерапия, при этом ведется активный поиск оптимальных режимов работы лазеров для получения максимального эффекта [1–2, 5–6]. Согласно имеющимся исследованиям, положительный эффект терапии инфракрасным лазерным излучением при заболеваниях сердечно-сосудистой системы достигается как путем улучшения центральной и периферической гемодинамики, гемореологии и микроциркуляции (с помощью снижения перекисного окисления липидов), а также спазмолитическим и обезболивающим действием лазерного излучения [3–4, 9].

Цель работы – анализ возможности использования и эффективности лазеропунктуры (ЛП) инфракрасным лазерным излучением при лечении больных ИБС.

Объект и методы исследования. В клинике факультетской терапии ММА им. И.М. Сеченова нами были обследованы 39 больных ИБС. Среди больных ИБС выделены две группы: основная (ОГ), в которой пациенты получали помимо лечения фармпрепаратами по традиционной схеме курс ЛП, и группа сравнения (ГС), которым проводилась только медикаментозная терапия. Через 10–14 дней от начала лечения в стационаре ЛП назначалась в ОГ при недостаточном клиническом эффекте фармакотерапии. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Для оценки эффективности лечения нами использовался комплекс методов обследования, который включал в себя: клиническое обследование больных, электрокардиографию (ЭКГ), велергометрию (ВЭМ) и мониторингирование ЭКГ по Холтеру, определение показателей центральной гемодинамики методом импедансной реоплетизмографии, определение показателей микроциркуляции методом лазерной доплеровской флуометрии с помощью лазерного анализатора кровотока ЛАКК-01, изучение психо-эмоционального состояния больных с помощью диагностических шкал (шкалы тревожности Спилбергера, шкалы САН (самочувствие, активность, настроение), шкалы психо-эмоционального состояния) и рекомендаций МКБ-10. Весь комплекс методов обследования проводился пациентам дважды: в ОГ – до и после курса ЛП, а у больных ГС – через 10–14 дней от момента поступления и непосредственно перед выпиской. Лазеропунктура проводилась по методике, разработанной в ВНИЦ медицинской реабилитации и физической терапии для лечения больных ИБС. Она включала в себя воздействие на корпоральные акупунктурные точки: МС 1, МС 6, РР 4, РР 6, Gi 4, Gi 11, Е 36, Р7, Р1, Р 2, V 11–V 15, а также аурикулярные точки легких, сердца, шень-мень. Курс лечения

* Московская медицинская академия И.М.Сеченова, г.Москва