

# ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

УДК (616.711+616.721.1)-009.7-073.75: 615.216 (043.3)

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

**Д.Н. Белоглазов** – ГУЗ Саратовская областная детская клиническая больница, врач-невролог; **В.Г. Лим** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, доцент кафедры наркологии-психиатрии и традиционной медицины ФПК и ППС, доктор медицинских наук; **Д.М. Пучиньян** – ФГУ СарНИИТО Росмедтехнологий, заместитель директора по научной работе, доктор медицинских наук, профессор; **А.А. Свистунов** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, заведующий кафедрой фармакологии и клинической фармакологии, доктор медицинских наук, профессор; **В.Г. Нинель** – ФГУ СарНИИТО Росмедтехнологий, ведущий научный сотрудник отдела новых технологий вертебрологии и нейрохирургии, доктор медицинских наук. E-mail: meduniv@sgmu.ru

*В статье приводятся сведения об эффективности остеорефлексотерапии при лечении больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника. Сочетание остеорефлексотерапии с введением в рефлексогенные зоны остистых отростков L<sub>4</sub>-S<sub>1</sub> позвонков комплексного гомотоксического препарата позволяет после 10 сеансов полностью купировать боль в пояснично-крестцовой области, восстановить поверхностную чувствительность, сухожильные рефлексы.*

**Ключевые слова:** остеорефлексотерапия, остеохондроз

## EFFICACY OF OSTHEOREFLEXOTHERAPY IN THE TREATMENT OF NEUROLOGICAL DISORDERS OF LUMBAR OSTHEOCHONDROSIS

**D.N. Beloglazov** - Saratov Regional Children Clinical Hospital, Neurologist, **V.G. Lim** - Saratov State Medical University, Department of Narcology-Psychiatry and Traditional Medicine of Raising Skills Faculty, Assistant Professor, Doctor of Medical Science, **D.M. Puchinyan** - Saratov Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Deputy Director of Science, Doctor of Medical Science, Professor, **A.A. Svistunov** - Saratov State Medical University, Head of Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology, Doctor of Medical Science, Professor, **V.G. Ninel** - Saratov Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Department of New Technologies in Vertebrology and Neurosurgery, Chief Research Assistant, Doctor of Medical Science. E-mail: meduniv@sgmu.ru

*The article gives information about efficacy of osteoreflexotherapy in the treatment of patient with lumbar spine osteochondrosis. Combination of osteoreflexotherapy with introduction of homotoxic drug into reflexogenous zones of vertebral spinous processes of L<sub>4</sub>-S<sub>1</sub> vertebrae makes it possible after 10 seances to stop the pain in lumbosacral region, to restore superficial sensitivity, tendon reflexes.*

**Key words:** osteoreflexotherapy, osteochondrosis.

Проблема реабилитации больных остеохондрозом позвоночника чрезвычайно актуальна, так как больных, страдающих болью в спине, по данным ВОЗ (1997), насчитывается 1,39 млрд человек, что составляет 30% населения земного шара в возрасте 20 лет и старше, или 17,9% всего населения. В частности, поясничный остеохондроз встречается у 40-50% больных с заболеваниями нервной системы и у 3,5% всех больных, обратившихся впервые за медицинской

помощью, а по числу потерянных за год рабочих дней поясничные боли следуют за гриппом и травмами [2]. Остеохондроз резко снижает работоспособность, нарушает социальную адаптацию, ухудшает качество жизни, а в 10% случаев приводит к инвалидности [3]. Приведённые данные свидетельствуют о медико-социальной значимости повышения эффективности лечения больных с дегенеративными поражениями позвоночника.

Аллопатическое медикаментозное лечение больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника часто приводит к побочным явлениям. Универсальным и эффективным методом лечения поясничного остеохондроза являются блокады остистых отростков поясничных позвонков [4, 12]. Кроме того, в качестве альтернативы целесообразно использовать комплексные антигомотоксические препараты [1, 5, 7, 8, 10], в частности, дискус композитум (фирма «Хелль», Баден-Баден, Германия), позволяющий снять изнуряющую боль, восстановить чувствительность, значительно улучшить общее состояние и двигательную активность пациента, что, бесспорно, сказывается на его качестве жизни и эмоциональном статусе. Дискус композитум – это сложный по составу гомеопатический препарат, разработанный специально для терапии дегенеративных заболеваний опорно-двигательной системы [11] и являющийся важным элементом схем безопасного и эффективного купирования неврологических проявлений остеохондроза позвоночника [7, 8, 10].

**Целью** данного исследования явился сравнительный анализ клинической эффективности остеорефлексотерапии, проводимой в комбинации с введением препарата Дискус композитум внутрикостно в остеорецептивные зоны (надкостницу остистых отростков L<sub>4</sub>, L<sub>5</sub> и S<sub>1</sub> позвонков), в паравертебральные точки с обеих сторон на том же уровне позвоночного столба при лечении вертеброгенных болевых рефлекторных и компрессионных синдромов.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 42 пациента (32 мужчины и 10 женщин) с различными неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза в возрасте от 31 до 53 лет. Продолжительность болезни колебалась от 2 до 11 лет. Продолжительность последнего обострения составляла в среднем 1,5 месяца. У больных отмечалась выраженная вертеброгенная рефлекторная и радикулярная симптоматика: боли в пояснице, в одной или обеих ногах, анталгическая поза, ограничение приспособительной активности, гипотонус и напряжение поясничных мышц, снижение тонуса и силы мышц бедра и/или голени, нарушения чувствительности, симптомы натяжения, снижение или отсутствие сухожильных рефлексов на ноге, поясничный рефлекторный гиполордоз или кифоз, сколиоз. На рентгенограммах поясничного отдела позвоночника прослеживались признаки остеохондроза - снижение высоты дисков, склероз замыкательных пластинок, нестабильность позвонков. Реовазографическое исследование сосудов нижних конечностей выявило снижение кровенаполнения и тонуса сосудов, затруднение венозного оттока. У 16 пациентов были диагностированы вертеброгенные рефлекторные синдромы с мышечно-тоническими или вегетативно-сосудистыми проявлениями. У 26 больных определены корешковые дискогенные синдромы, связанные с поражением S<sub>1</sub> (65%), L<sub>5</sub> (21%) или L<sub>4</sub> корешка (14%). По результатам компьютерной и магнитно-резонансной томографий, у данной группы больных верифицированы протрузии и грыжи межпозвоночных дисков от 3,6 до 8,9 мм.

Все пациенты были разделены на три группы по 14 человек, сопоставимые по полу и возрасту,

характеру и тяжести патологического процесса. Больные первой группы (группа сравнения I) получали медикаментозное (нестероидные противовоспалительные средства, сосудистые, ноотропные препараты, витамины группы В), физиотерапевтическое лечение, массаж, ЛФК, иглорефлексотерапию, рефлексотерапию с помощью аппликатора Ляпко. Пациентам второй группы (группа сравнения II), помимо данных мероприятий, назначали препарат Дискус композитум, который вводили в паравертебральные точки с двух сторон на уровне L<sub>4</sub>, L<sub>5</sub> и S<sub>1</sub> позвонков по 0,3 мл в каждую биологическую активную точку. Инъекции проводили через день; курс лечения состоял из 10 процедур. В третьей группе (основная группа) данное комплексное антигомотоксическое лекарственное средство вводили больным в надкостницу остистых отростков L<sub>4</sub>, L<sub>5</sub>, S<sub>1</sub> позвонков по 0,3 мл. Инъекции проводили через день; курс лечения также состоял из 10 процедур.

Метод остеорефлексотерапии (ОРТ) был разработан профессором Г.А.Янковским (Латвийский НИИ экспериментальной и клинической медицины, г. Рига) около пятидесяти лет назад. В его основу положено представление о том, что костная система имеет тесные связи с нейронами спинного и головного мозга посредством остеорецепторов, расположенных в надкостнице. Раздражение в остеорецептивных зонах воспринимают барорецепторы, поэтому при классической ОРТ в эти зоны вводят определённую дозу изотонического раствора натрия хлорида. В своей практике вместо этого раствора вводили препарат Дискус композитум.

В результате наступают местная, сегментарная и генерализованная реакции.

Для оценки результатов лечения анализировали клинические данные и электропунктурные измерения при проведении диагностики по Фоллю.

Клинические данные включали наличие боли в покое, боли при напряжении, болезненности при пальпации, которые оценивали по четырехбалльной системе (0 – боли нет, 1 – слабая боль, 2 – боль средней интенсивности, 3 – сильная боль).

Показатели электропунктурной диагностики по Р.Фоллю получали путём измерения электропроводности кожи в точках меридианов [6, 9]:

- нервной дегенерации (1) – точка поясничного и крестцового отделов спинного мозга, расположена у края ногтевого ложа 2-го пальца кисти с тыльно-локтевой стороны;
- мочевого пузыря (11) – точка поясничного и крестцового отделов позвоночника, крестца, расположена в центре наружной поверхности пяточной кости, во впадине;
- суставной дегенерации (1) – точка суставов тазового пояса и нижних конечностей, расположена в 3 мм от корня ногтя второго пальца стопы с тыльно-медиальной стороны.

Измерения проводили с помощью прибора EAV Combi 2 Kidling Medizintechnik GmbH (Германия). При оценке результатов электроакупунктурных измерений за норму принимали значения от 50 до 60 единиц шкалы прибора. Значения ниже нормы свидетель-

ствовали о начале дегенеративных процессов в позвоночнике. Обследование пациентов с оценкой указанных объективных и субъективных показателей проводили в динамике - до лечения, на 10-й и 20-й дни комплексной терапии.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ результатов клинического обследования показал, что все указанные пути введения комплексного антигомотоксического препарата Дискус композитум являются эффективными, однако внутрикостное введение в остеорецептивные зоны приводит к более быстрому исчезновению болей (табл. 1). Так, если в покое у больных I группы лечение привело к снижению интенсивности боли на 10-й день до 77,5% от исходных данных, у пациентов II группы - до 55,3%, то у пациентов III - до 36,6%. Боль при напряжении в этот срок обследования снизилась в I группе больных до 78,6% от исходной интенсивности, во II группе - до 54,8%, в III - до 40,5%. Болезненность при пальпации у больных I группы была на 1/4 менее интенсивной (73,2% от исходного восприятия боли), у пациентов II группы - на 1/2 (50,0%), а у больных III группы - на 3/5 (40% от интенсивности боли до лечения).

На 20-й день наблюдения результаты лечения были ещё более впечатляющие. Боль в покое уменьшилась до 62,5% от исходного уровня интенсивности в группе сравнения I, до 36,8% - в группе сравнения II и до 7,3% - в основной группе. Аналогичная картина отмечается и со снижением интенсивности боли при напряжении: в I группе она уменьшилась до уровня 66,6% от исходного значения, во II - до 35,7%, а в III - до 12,0%. Больные отмечали и снижение болезненности при пальпации: в I группе - до 58,5% от величины интенсивности до лечения, во II группе - до 30,0%, в III - до 4,8%.

Полученные от пациентов субъективные данные об ощущении интенсивности боли были подтверждены электропунктурной диагностикой, по Фоллю, состояния электрофизиологической активности меридианов нервной дегенерации, мочевого пузыря и суставной дегенерации (табл. 2). Оказалось, что на 10-й день проводимые традиционные лечебные мероприятия способствовали повышению электрической активности меридиана нервной дегенерации с 58 до 72% у больных I группы; с 54 до 67% - у пациентов II группы, традиционное лечение которых было дополнено инъекциями препарата Дискус композитум в паравертебральные точки; и с 61 до 90% - у больных III группы, в лечении которых остеорефлексотерапия сопровождалась введением гомотоксического препарата под надкостницу остистых отростков  $L_4-S_1$  позвонков. На 20-е сутки наблюдения электрическая активность данного меридиана составляла 72% от нормальных значений у больных I группы, 90% - у пациентов II и 93% - у больных III группы.

Аналогично изменялась электропроводность меридианов мочевого пузыря и суставной дегенерации. В группе с традиционным лечением (группа сравнения I) электрическая активность меридиана мочевого

пузыря выросла с исходных 30% до 65% на 10-е сутки и до 76% - на 20-е. В группе с введением препарата в паравертебральные точки (группа сравнения II) активность данного меридиана, изначально составляющая 65%, на 10-й день лечения увеличилась до 69%, а на 20-й - до 87%. У больных основной группы (группа III) активность меридиана мочевого пузыря с 60% усилилась до 84% на 10-е сутки лечения и до 90% - на 20-е.

Активность меридиана суставной дегенерации повысилась у больных группы сравнения I с 61 до 76% только на 20-е сутки наблюдения. Использование гомотоксического препарата вызвало более интенсивное изменение величины данного показателя в сторону нормализации электрической активности изучаемого меридиана. У больных группы сравнения II данный показатель с 58% активности до лечения поднялся до 69% к 10-м суткам и до 72% - к 20-м суткам наблюдения. В III группе пациентов динамика электрической проводимости меридиана суставной дегенерации была наглядной: 61% - до лечения, 87% - через 10 суток лечения, 92% - на 20-е сутки наблюдения.

Таким образом, проведённое исследование убедительно свидетельствует об эффективности препарата Дискус композитум в лечении больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника; при этом введение препарата под надкостницу остистых отростков  $L_4-S_1$  позвонков имеет выраженное клиническое преимущество по сравнению с введением гомотоксического средства в паравертебральные точки поясничной области. Вероятно, это связано с созданием депо препарата в остеорецепторной зоне остистых отростков позвонков. В результате создаются условия для длительного и целенаправленного воздействия составляющих гомеопатического средства через рецепторный аппарат надкостницы на патогенетические механизмы боли и воспаления. Купирование последних способствует расслаблению спазмированных мышц спины, улучшению кровообращения в тканях, и как итог, - регрессу клинической картины обострения остеоартроза поясничного отдела позвоночника.

Таким образом, метод остеорефлексотерапии является эффективным средством купирования болевых вертеброгенных синдромов рефлекторного и компрессионного генеза. Внутрикостное воздействие на остеорецептивные зоны остистых отростков позвонков при лечении больных с поясничным остеохондрозом превосходит по эффективности паравертебральные блокады. Механическое раздражение рецепторного аппарата надкостницы остистых отростков позвонков у больных поясничным остеохондрозом в короткие сроки приводит к купированию боли в покое, при напряжении, снижению болезненности при пальпации; при этом в те же сроки происходит восстановление электрической активности меридианов мочевого пузыря, нервной и суставной дегенерации, существенно улучшается самочувствие пациентов, а следовательно, и качество их жизни.

**Динамика выраженности боли у больных поясничным остеохондрозом в процессе лечения**

Показатель	Группа	Единицы измерения	До лечения	После лечения, дни	
				10-й	20-й
Боль в покое	I	Баллы*	40	31	25
		%	100	77,5	62,5
	II	Баллы	38	21	14
		%	100	55,3	36,8
	III	Баллы	41	15	3
		%	100	36,6	7,3
Боль при напряжении	I	Баллы	42	33	28
		%	100	78,6	66,6
	II	Баллы	42	23	15
		%	100	54,8	35,7
	III	Баллы	42	17	5
		%	100	40,5	12
Болезненность при пальпации	I	Баллы	41	30	24
		%	100	73,2	58,5
	II	Баллы	40	20	12
		%	100	50	30
	III	Баллы	42	16	2
		%	100	40	4,8

Примечание: \* - сумма баллов в группе.

Таблица 2

**Динамика электропунктурных показателей у больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника в процессе лечения**

Точка по Фоллю	Группа	Показатель	Средняя норма	До лечения	После лечения, дни	
					10-й	20-й
Меридиан нервной дегенерации	I	Ед. шкалы	55	32	40	40
		%	100	58	72	72
	II	Ед. шкалы	55	30	37	50
		%	100	54	67	90
	III	Ед. шкалы	55	34	50	51
		%	100	61	90	93
Меридиан мочевого пузыря	I	Ед. шкалы	55	30	36	42
		%	100	54	65	76
	II	Ед. шкалы	55	36	38	48
		%	100	65	69	87
	III	Ед. шкалы	55	33	46	50
		%	100	60	84	90
Меридиан суставной дегенерации	I	Ед. шкалы	55	34	34	42
		%	100	61	61	76
	II	Ед. шкалы	55	32	38	40
		%	100	58	69	72
	III	Ед. шкалы	55	34	48	51
		%	100	61	87	92

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

- Агасаров, Л.Г. Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия) / Л.Г.Агасаров. - М.: Арнебия, 2002.- 346 с.
- Антонов, И.П. Поясничные боли / И.П.Антонов, Г.Г.Шанько.- Минск: Беларусь, 1989.- 143 с.
- Белова, А.Н. Реабилитация больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза позвоночника в амбулаторных условиях / А.Н.Белова, С.Ю.Маслов // Журн. невропатол. и психиатр.- 1992.- № 3.- С.16-19.
- Варфоломеев, А.Р. Внутрикостные инфузии в комплексном лечении поясничного остеохондроза (физиологические реакции на внутрикостные инфузии): Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Р.Варфоломеев. — Томск, 1974.- 16 с.
- Дискус композитум в комплексной терапии поясничных нейровертеброгенных синдромов / Л.Г. Агасаров, С.Н. Гальперин, А.В. Петров и др.// Биологическая медицина.- 1997. - Т.3. - № 2. - С. 25-28.
- Камер, Ф. Учебник по электроакупунктуре (т. 2) / Пер. с нем. / Ф.Камер. – М.: ИМЕДИС, 1995.- 272 с.
- Комлева, Н.Е. Клинико-физиологическое обоснование метода гомеосиниатрии в терапии неврологических проявлений остеохондроза позвоночника: Дис... канд. мед. наук / Н.Е.Комлева.— Саратов, 2003.- 135 с.
- Комлева, Н.Е. Изменение физиологических показателей при лечении неврологических проявлений остеохондроза позвоночника методом гомеосиниатрии / Н.Е.Комлева, А.А.Марьяновский // Биологическая медицина.- 2006.- Т.12, № 1.- С.43-46.
- Митрофанов, А.П. Учебное пособие по электропунктурной диагностике (Р.Фолль) / А.П.Митрофанов, А.Л.Брыляков.- Курск, 1993.- 151 с.
- Райсс, Г. Антигомотоксическая терапия заболеваний позвоночника / Г.Райсс // Биологическая медицина.- 1996.- Т.2, № 2.- С.9-14.
- Реккевег, Х.-Х. Синергизм как патогенетический, гомотоксикологический и фармакологический принцип / Х.-Х. Реккевег // Биологическая медицина.- 2007.- Т.13 - № 3. - С. 4-14.
- Шуляк, Г.М. Внутрикостный метод обезболивания и его анатомическое обоснование / Г.М. Шуляк, А.Т.Акилова. — Л., 1953.- 116 с.