Medical Journal

Лечащий Врач

16+

Медицинский научно-практический журнал № 5 2018

Симпозиум



ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ

- Дорсопатии
- Фармакопунктура
- Семейная цервикальная дистония
- Хроническая ишемия мозга
- Ретроградная амнезия

Коллоквиум



ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

- Первичные лимфомы кожи
- Красный плоский лишай
- Факоматозы
- Антимикробная терапия акне
- Лепра
- Эпидермолитические заболевания кожи
- Папилломавирусная инфекция

Страничка педиатра

- Симптоматическая фокальная эпилепсия у детей с гемипаретической формой ДЦП

Актуальная тема

• Персистирующие инфекции • Прогноз у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, перенесших острый коронарный синдром • Бронхиальная астма • Гипофосфатазия и ее роль в патологии костной ткани у взрослых • Функциональные гастроинтестинальные расстройства • Комплексная терапия острых респираторных заболеваний аденовирусной этиологии у молодых лиц

ISSN 1560-5175

App Store Google play

Скачай мобильную версию

Подписные индексы:
Объединенный каталог «Пресса России» **38300**
«Каталог российской прессы» **99479**
Каталог ФГУП «Почта России» **П1642**

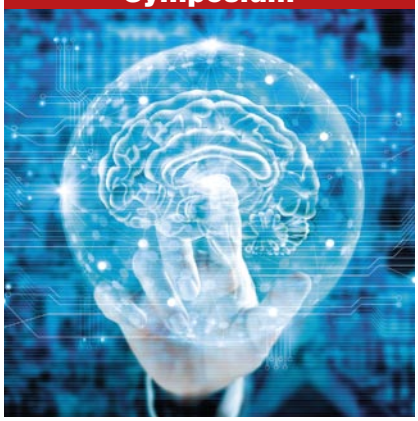
Medical Journal

Лечащий Врач

Май 2018, № 5

Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией (ВАК)

Новости
News
Симпозиум
Symposium



Коллоквиум
Colloquium



Достижения, события, факты 5
Achievements, developments, facts 5
Внутридисковое введение хондропротектора в лечении дорсопатий/ В. П. Смирнов, Н. А. Литвинова, В. П. Жуков, И. П. Игошин, И. В. Васин, Е. И. Копилов 7
Intra-cartilage administration of cartilage protector in dorsopathy treatment/ V. P. Smirnov, N. A. Litvinova, V. P. Zhukov, I. P. Igoshin, I. V. Vasin, E. I. Kopilov . . . 7
Доказательная база фармакопунктуры, выполняемой биорегуляционным препаратом/ Л. Г. Агасаров, И. В. Кузьмина 12
Evidence base of the pharmacopuncture performed by bioregulatory medicine/ L. G. Agasarov, I. V. Kuzmina 12
Семейная цервикальная дистония, описание клинического случая/ В. А. Суворова, К. С. Комшина, Е. А. Антипенко, Д. В. Седышев, А. В. Густов . .16
Family cervical dystonia, clinical case description/ V. A. Suvorova, K. S. Komshina, E. A. Antipenko, D. V. Sedyshev, A. V. Gustov 16
Возможности таргетной терапии хронической ишемии мозга/ Г. Р. Табеева 19
Possibilities of target therapy of chronic cerebral ischemia/ G. R. Tabeeva 19
Случай ретроградной амнезии после преднамеренного отравления изониазидом у 31-летнего мужчины с тропикамидовой наркоманией/ С. И. Гончарова, Н. А. Шнайдер, Н. М. Корецкая, В. Ф. Элярт 24
Retrograde amnesia after intentional poisoning with isoniazid in a 31 year old male with drug addiction: a clinical case/ S. I. Goncharova, N. A. Shnaider, N. M. Koretskaya, V. F. Elyart 24
Первичные лимфомы кожи/ И. А. Куклин, М. М. Кохан, С. М. Демидов 27
Primary skin lymphomas/ I. A. Kuklin, M. M. Kokhan, S. M. Demidov 27
Клиническая картина, дифференциальная диагностика и терапия пациентов с красным плоским лишаем/ Л. А. Юсупова, Е. И. Юнусова, З. Ш. Гараева, Г. И. Мавлютова, К. Ф. Хайретдинова, Е. В. Бильдюк, Д. И. Яппарова 30
Clinical picture, differential diagnosis and therapy of patients with lichen planus/ L. A. Yusupova, E. I. Yunusova, Z. Sh. Garaeva, G. I. Mavlyutova, E. V. Bildyuk, D. I. Yapparova 30
Факоматозы: диагностика, клиника и особенности течения различных форм заболевания/ Л. А. Юсупова, Е. И. Юнусова, З. Ш. Гараева, Г. И. Мавлютова 35
Takamatsu: diagnosis, clinical features and peculiarities of different forms of the disease/ L. A. Yusupova, E. I. Yunusova, Z. Sh. Garaeva, G. I. Mavlyutova . . . 35
Возможности повышения эффективности и переносимости антимикробной терапии акне в стандартных схемах лечения/ С. С. Леденцова, П. В. Селиверстов, С. И. Ситкин, В. Г. Радченко 41

Possibilities to enhance efficiency and durability of antimicrobial acne therapy in standard schemes of treatment/ S. S. Ledentsova, P. V. Seliverstov, S. I. Sitkin, V. G. Radchenko 41

Современный взгляд на лепру/ А. А. Кубанов, Т. В. Абрамова, Е. К. Мураховская, В. А. Ласачко 48

Leprosy: actual view/ A. A. Kubanov, T. V. Abramova, E. K. Murakhovskaya, V. A. Lasachko 48

Использование флюидизирующей кровати в комплексной терапии эпидермолитических заболеваний кожи/ И. Л. Агапов, А. А. Зорькин, Е. Н. Ефанова, А. А. Шапилов, К. В. Шапилова. 53

Use of fluidizarea beds in the complex therapy of epidermolytic skin diseases/ I. L. Agapov, A. A. Zorkin, E. N. Efanova, A. A. Shapilov, K. V. Shapilova. 53

Папилломавирусная инфекция и беременность. Особенности диагностики и тактики ведения/ Е. И. Юнусова, О. В. Данилова, Л. А. Юсупова, Г. И. Мавлютова, З. Ш. Гараева 56

HPV infection and pregnancy. Features of diagnostics and management tactics/ E. I. Yunusova, O. V. Danilova, L. A. Yusupova, G. I. Mavlyutova, Z. Sh. Garaeva . . 56

Под стекло 60

Under the glass 60

Страничка педиатра
Pediatrician's page

Особенности клинического течения симптоматической фокальной эпилепсии у детей с гемипаретической формой ДЦП/ В. М. Трепилец, Л. Г. Хачатрян, О. В. Быкова. 62

Features of clinical course of symptomatic focal epilepsy in children with hemiparetic cerebral palsy/ V. M. Trepilets, L. G. Khachatryan, O. V. Bykova 62

Актуальная тема
Topical theme

Динамика активности персистирующих инфекций/ Е. И. Шабельникова, В. С. Сухоруков, Е. А. Ружицкая, А. В. Семенов, М. В. Кушнарева. 68

Dynamics of persistent infection activity in children/ E. I. Shabelnikova, V. S. Sukhorukov, E. A. Ruzhitskaya, A. V. Semenov, M. V. Kushnareva 68

Влияние раннего стационарного реабилитационного этапа на прогноз у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, перенесших острый коронарный синдром/ Е. А. Никитина, Е. Н. Чичерина, О. С. Елсукова 72

Effect of the early stationary rehabilitation stage on prognosis in patients with type 2 diabetes mellitus who were exposed to acute coronary syndrome/ E. A. Nikitina, E. N. Chicherina, O. S. Elsukova 72

Триггерные факторы формирования коморбидной аллергической бронхиальной астмы/ Е. В. Надей, В. И. Совалкин, Г. И. Нечаева, В. В. Гольтяпин, Е. Н. Логинова 76

Trigger factors of comorbid allergic bronchial asthma formation/ E. V. Nadey, V. I. Sovalkin, G. I. Nechaeva, V. V. Goltyapin, E. N. Loginova 76

Гипофосфатазия и ее роль в патологии костной ткани у взрослых/ К. Е. Зоткина, О. М. Лесняк 80

Hypophosphatasia and its role in bone pathology in adults/ K. E. Zotkina, O. M. Lesnyak 80

Функциональные гастроинтестинальные расстройства в определении Римских киртериев IV и некоторые лечебные подходы, зависящие от этого/ О. Н. Минушкин, Т. Б. Топчий 84

Functional gastrointestinal disorders In Rome IV definition and some associated therapeutic approaches/ O. N. Minushkin, T. B. Topchy. 84

Оценка эффективности и безопасности комплексной терапии острых респираторных заболеваний аденовирусной этиологии у молодых лиц/ Н. А. Малышев, Н. И. Львов, О. В. Мальцев. 89

Assessment of efficiency and safety of complex therapy of acute adenoviral diseases in young people/ N. A. Malyshev, N. I. Lvov, O. V. Maltsev 89

Alma mater

Последипломное образование 95

Postgraduate education. 95

Упрощение порядка установления инвалидности

Упрощение порядка установления инвалидности, а также введение заочной формы медицинского освидетельствования позволят повысить эффективность использования возможностей медико-социальной экспертизы для дальнейшей реабилитации граждан с ограниченными возможностями. Такое мнение высказал эксперт Народного фронта по делам инвалидов, научный руководитель и председатель правления Национального центра проблем инвалидности Александр Лысенко. Он подчеркнул, что перечень заболеваний, при которых уже при первичном освидетельствовании можно будет устанавливать инвалидность бессрочно, был составлен и детально проработан экспертами ОНФ на основе опроса родителей детей-инвалидов.

По словам Лысенко, эксперты Народного фронта неоднократно поднимали вопрос о необходимости пересмотра классификации и критериев установления инвалидности, о необходимости глубокого анализа причин отказов в установлении инвалидности, особенно детям, а также о ликвидации бюрократических барьеров в процессе освидетельствования граждан в учреждениях медико-социальной экспертизы (МСЭ). Ситуация в целом постепенно улучшается, сказал он. Переломным моментом стали поручения Президента России, лидера ОНФ Владимира Путина по итогам встречи с общественными организациями инвалидов. Глава государства поручил определить все случаи, когда инвалидность устанавливается бессрочно при первичном обращении в учреждение МСЭ и найти возможность вносить в индивидуальную программу реабилитации инвалидов изменения без пересмотра группы инвалидности.

Он отметил, что проведенный экспертами ОНФ опрос родителей детей-инвалидов позволил существенно дополнить перечень заболеваний, дающих право установления инвалидности бессрочно или по достижении определенного возраста ребенка. «Список заболеваний был направлен авторам законопроекта, он детально прорабатывался. Этот список будет модернизироваться, изменяться»,— отметил эксперт.

Он подчеркнул, что ОНФ постоянно занимается проблемами совершенствования и улучшения качества процедуры освидетельствования граждан в учреждениях медико-социальной экспертизы. «Сегодняшние изменения — это прогрессивный шаг вперед, системные изменения. Это поможет максимально эффективно использовать возможности МСЭ для качественной реабилитации людей с инвалидностью»,— резюмировал он.

Напомним, правительство подписало постановление, которое изменяет правила признания лица инвалидом. Значительно расширен перечень заболеваний, где уже при первичном освидетельствовании можно будет установить инвалидность бессрочно и даже заочно.

«Диамобиль» в Нижегородской области: сахарный диабет под контролем

10 апреля 2018 г. в Нижнем Новгороде, в областной клинической больнице им. Н. А. Семашко, состоялся круглый стол, посвященный реализации долгосрочной программы клинико-эпидемиологического мониторинга больных сахарным диабетом (СД) в регионах Российской Федерации с использованием мобильного лечебно-диагностического модуля «Диабет-центр», инициированной Эндокринологическим научным центром («НМИЦ эндокринологии» Минздрава России).

В рамках круглого стола ведущие российские ученые в области эндокринологии и организаторы здравоохранения Нижегородской области рассмотрели проблемы сахарного диабета. Были обозначены основные векторы оптимизации диабетологической помощи в регионе и отмечена роль своевременного выявления осложнений диабета.

Высокая значимость мобильных медицинских комплексов в здравоохранении была отмечена исполняющим обязанности заместителя губернатора, заместителя председателя правительства Нижегородской области Сергеем Борисовичем Шевченко, который посетил «Диамобиль» и встретился с ведущими специалистами «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России.

В своем приветственном слове, направленном в адрес участников мероприятия, министр здравоохранения Нижегородской области Антон Александрович Шаклунов отметил положительный опыт взаимодействия министерства здравоохранения Нижегородской области и ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, в том числе и по вопросам клинико-эпидемиологического мониторинга больных сахарным диабетом: «Реализация проекта «Мобильный диабет-центр», начатая в Нижегородской области 14 лет назад, внесла значительный вклад в развитие диабетологической службы региона. Выявленные в результате клинико-эпидемиологического мониторинга региональные особенности распространения данной патологии и ее осложнений позволили разработать основные направления совершенствования организации диабетологической помощи Нижегородской области. Полагаю, что дальнейшая реализация проекта «Мобильный диабет-центр» будет способствовать открытию новых горизонтов для нашей совместной работы».

Перед участниками «круглого стола» выступила директор Института диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, академик РАН, профессор, доктор медицинских наук Марина Владимировна Шестакова, которая напомнила, что первый выезд мобильного диабет-центра в Нижегородскую область состоялся в 2004 г. в рамках реализации федеральной целевой программы «Сахарный диабет», а также обозначила основные направления работы новой экспедиции.

Экспедиция «Диамобиля» с 9 по 20 апреля 2018 г. даст возможность пациентам с сахарным диабетом в Нижегородской области в течение одного дня пройти обследование, позволяющее оценить состояние всех органов-мишеней при СД, возможные риски развития осложнений и их прогрессирования, а также получить высококвалифицированную медицинскую помощь от ведущих специалистов ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, рекомендации по питанию, самоконтролю и коррекции терапии.

Оставим эпилепсию в прошлом? Выход есть!

Ежегодно в конце марта внимание общества направлено на одно из самых распространенных неврологических заболеваний. Речь идет об эпилепсии — болезни, которая проявляется внезапным возникновением приступов, вызванных чрезмерной активностью нейронов головного мозга. Приступы различаются по степени тяжести — от кратковременных отключений сознания или мышечных подергиваний до интенсивных продолжительных сокращений мышц, потери мышечного тонуса.

Во всем мире в феврале и марте отмечаются две даты, непосредственно связанные с данным заболеванием. Одна из них — второй понедельник февраля, Международный день борьбы с эпилепсией, внесенный в календарь более чем 120 стран по инициативе Международного бюро по эпилепсии и Международной лиги против эпилепсии. Этот день призван повысить осведомленность населения о столь распространенном в мире хроническом заболевании нервной системы, которым страдают люди независимо от возраста и социального статуса.

«Фиолетовый день», ежегодно отмечаемый 26 марта, был придуман в 2008 г. девятилетней Кессиди Меган из Канады, которой был поставлен диагноз «эпилепсия». Девочка хотела развеять мифы о своей болезни.

Олег Беляев, врач-невролог, эпилептолог, к.м.н., ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики Волгоградского государственного медицинского университета, проводивший исследование на тему «Оценка осведомленности об эпилепсии среди студентов», констатировал: «Несмотря на общую осведомленность, остаются ошибочные социальные стереотипы по отношению к пациентам с эпилепсией. Зачастую людей, которые с помощью качественного медицинского лечения добились ремиссии, не берут на желаемую работу, им сложно добиться определенных социальных высот. В частности, российское законодательство даже пациентам в стадии ремиссии не разрешает водить машину, заниматься преподавательской и актерской деятельностью, быть врачами. Необходимо с самого раннего возраста, буквально со школы, начинать социальную адаптацию не только пациентов, но и их сверстников, объяснять, что люди с эпилепсией, особенно дети,— равные им по своим

правам и возможностям; при необходимости к ним нужно просто отнестись внимательнее, не допускать насмешек, не бояться общения с ними».

В Москве проводится бесплатная вакцинация против ротавируса

Департамент здравоохранения города Москвы сообщает, что в столице в 2018 г. проводится вакцинация против ротавирусной инфекции (РВИ) детей первого года жизни. В рамках Национального календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям данная вакцинация является бесплатной для детей в возрасте до 8 месяцев, проживающих и зарегистрированных в г. Москве. Пройти вакцинацию можно в детских поликлиниках государственной системы здравоохранения города.

РВИ — распространенный тип вируса, который является крайне опасным для детей. Одна из основных проблем РВИ — тяжесть первых случаев заболевания, которым в большей степени подвержены дети младенческого возраста. Практически каждый ребенок по достижении 2 лет переносит как минимум один эпизод РВИ. По данным Всемирной организации здравоохранения во всем мире от РВИ умирает более 500 тыс. детей.

Вакцинация против РВИ проводится в рамках национального календаря профилактических прививок более чем в 90 странах мира. Эффективность такой вакцинации в отношении предотвращения тяжелых ротавирусных гастроэнтеритов составляет 98%, а безопасность подтверждена в исследованиях с участием более 68 тысяч детей. Более чем 10-летний опыт применения вакцины против РВИ в зарубежных странах показывает снижение заболеваемости РВИ на 79–94%.

Брико Николай Иванович, д.м.н., профессор, академик РАН, главный эпидемиолог Министерства здравоохранения России, заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Первого МГМУ им. И.М.Сеченова: «Ротавирусная инфекция находится в центре внимания специалистов здравоохранения во всем мире. Неутешительны данные статистики: сегодня РВИ — это самая частая причина тяжелых гастроэнтеритов у детей младше 5 лет. Диарея — вторая причина смертности детей после пневмонии, а среди случаев диареи, в свою очередь, около половины вызваны ротавирусом. Высокий уровень смертности от РВИ, наиболее характерный для развивающихся стран, достигает почти 82% от всех смертельных случаев от РВИ на планете. В России общая заболеваемость острыми кишечными инфекциями (ОКИ) традиционно остается на высоком уровне и устойчиво занимает 3–4 место среди инфекционных заболеваний у детей. В 2017 г. заболеваемость ротавирусной инфекцией составила 80,89 на 100 тыс. населения, при этом в группе детей до года — 1051,15 на 100 тыс. детей, а в возрасте 1–2 года — 1301,41 на 100 тыс. детей, зарегистрировано 4 случая со смертельным исходом».

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), одинаковый уровень распространенности ротавируса в странах с высоким и низким уровнем санитарных условий подтверждает высокую контагиозность этого вируса и невозможность бороться с ним только гигиеническими мерами. ВОЗ настоятельно рекомендует включение вакцины против ротавирусной инфекции в национальные программы иммунизации всех стран мира.

Участники совещания в Минздраве признали эффективной работу страховщиков в системе ОМС

Участники состоявшегося 5 апреля совещания в Минздраве России под председательством министра здравоохранения Скворцовой Вероники Игоревны признали эффективной работу страховщиков в системе ОМС и деятельность страховых представителей.

Как сообщил по итогам совещания вице-президент Всероссийского союза страховщиков (ВСС) Дмитрий Кузнецов, в ходе обсуждения было признано, что страховые представители — один из центральных элементов в системе пациентоориентированной модели здравоохранения, защищающих интересы и права гражданина при получении им медицинских услуг, сопровождающих его и решающих его проблемы; связующее звено между застрахованным, медицинским учреждением, территориальным фондом ОМС и органами организации здравоохранения. «Значимость страховых медицинских организаций (СМО) огромна, другой жизни системы, альтернативы этой модели не существует, согласились участники совещания», — отметил Д.Кузнецов.

При запуске проекта по внедрению института страховых представителей министр здравоохранения указала на то, что развитие персонализированной медицины подразумевает активное партнерство врача и пациента, основанное в том числе и на ответственном отношении человека к своему здоровью. Важную роль в формировании такого отношения должны сыграть СМО, которые должны стать реальными защитниками пациентов в процессе преобразований системы ОМС.

На текущий момент в РФ работает более 8 тыс. страховых представителей всех уровней, взаимодействие с которыми возможно практически всеми доступными для застрахованных способами, позволяющими получить совет и консультацию в минимальные сроки, указал Д.Кузнецов.

Научный подход к отказу от курения

Все мы знаем, что курение это — бесспорный вред. Тем не менее, у каждого курильщика есть своя причина, а то и несколько, почему он не может бросить курить. Кто-то верит в то, что так он снимает стресс, кто-то боится набрать вес, а некоторые и вовсе считают, что резкий отказ от курения опасен для здоровья. Но только полный отказ от курения сможет улучшить здоровье — согласно последним исследованиям даже одна сигарета в день повышает риск развития инсульта и ишемической болезни сердца, безопасного уровня курения не существует.

Существует огромное количество способов отказа от курения, некоторые из них более эффективные, другие — менее. Но врачи рекомендуют выбрать именно тот метод, в котором курильщик уверен больше всего и который ему максимально подходит.

1. ***«Одним махом».*** Порядка 75% бросающих курить делают это без посторонней помощи — они не прибегают к помощи специалистов, препаратов или каких-либо медицинских изделий. Несмотря на «популярность» метода, его нельзя назвать эффективным — только 4–7% курильщиков могут довести дело до конца.
2. ***Поведенческая терапия.*** Данный метод основан на активной работе со специалистом по когнитивной-поведенческой терапии и совместном поиске пути к полному отказу от курения. Вместе со специалистом курильщик ищет так называемые «триггеры» — ситуации, в которых человек испытывает особенно острую жажду никотина, затем составляется план по исключению «триггеров» из жизни курильщика.
3. ***Заместительная терапия.*** Все мы слышали о никотиновой жвачке, пластырях, леденцах, спреях и других формах альтернативного употребления никотина, все это — никотин-заместительная терапия (НЗТ). Такой вид терапии поставляет никотин в организм не через табак, а другим способом. НЗТ обычно сочетается с поведенческой терапией и серьезной поддержкой близких. Во многих случаях люди перестают курить и переходят на препараты никотина. Но врачи говорят о том, что при такой терапии никотиновая зависимость может остаться, изменится лишь ее форма. Для окончательного отказа необходимо будет постепенно сократить потребление никотина, вплоть до полного отказа.
4. ***Инновационные препараты.*** Существует современная терапия для отказа от курения, которую может назначить врач. Например, инновационные препараты для лечения никотиновой зависимости без содержания никотина, которые блокируют особые рецепторы в мозгу, и постепенно зависимость уходит, при этом не вызывая столь сильного синдрома отмены, который так пугает курящего человека.
5. ***Комбинированный подход.*** Использование нескольких методов может значительно повысить шансы на успех. Например, инновационная и поведенческая терапии сработают лучше, чем только посещение психолога. Но каждую комбинацию необходимо индивидуально обсуждать с врачом.

Внутридисковое введение хондропротектора в лечении дорсопатий

В. П. Смирнов*, [1]
Н. А. Литвинова**
В. П. Жуков*, *доктор технических наук, профессор***
И. П. Игошин*, *кандидат физико-математических наук***
И. В. Васин#
Е. И. Копилов##

** **ОБУЗ КинЦРБ,** Кинешма*
*** **ФГБОУ ВПО МГИУ,** Кинешма*
**** **ФГБОУ ВО ИГЭУ им. В. И. Ленина,** Иваново*
*# **ОБУЗ ИОГВ ДЗИО,** Иваново*
*## **ОБУЗ ИОКБ,** Иваново*

Резюме. Исследована возможность улучшения результатов лечения дорсопатий с применением запатентованного пункционного метода диагностики и лечения внутридисковой гипертензии.
Ключевые слова: боль, дорсопатия, остеохондроз, протрузия, грыжа.

Abstract. Possibility to improve results of dorsopathy treatment using patented paracentetic method of diagnostics and treatment of intracartilage hypertension was studied.
Keywords: pain, dorsopathy, osteochondrosis, protrusion, hernia.

Дегенеративно-дистрофическое повреждение межпозвонкового диска (МПД) может проявляться симптомной/асимптомной грыжей диска или типичной ишиалгией. Около трети всех пациентов с грыжей диска нуждаются в госпитализации, а пятая часть в оперативном лечении. Неспецифическая боль в нижней части спины зачастую также связана с повреждением межпозвонкового диска, и медико-социальная значимость данной проблемы остается на высоком уровне [1].

Считается, что дегенеративно-дистрофическому процессу в межпозвонковом диске предшествует повреждение, инициирующее каскад патологических реакций, сначала в концевой пластинке с последующим распространением на пульпозное ядро [2]. Первые изменения матрикса происходят в центре ядра и включают фрагментацию протеогликанов с последующим снижением их концентрации, а также уменьшением количества связанной воды и числа жизнеспособных хондроцитов. Механические последствия дегенерации межпозвонкового диска включают потерю высоты и сегментарную нестабильность, увеличение нагрузки на фасеточные суставы, что в результате приводит к подвывихам и изменениям хряща суставных поверхностей, то есть остеоартрозу [3].

Ведущим симптомом дегенеративно-дистрофических изменений в МПД и в позвоночнике в целом является боль. В нормальном МПД человека нервные окончания можно найти только на периферии внешнего фиброзного кольца. Однако в сильно измененных дисках нервы могут проникать даже в пульпозное ядро — в этом случае дегенерация диска сопровождается болевым синдромом. Патофизиологические механизмы, приводящие к прогрессированию изменений в МПД и межпозвонковых суставах, включают повышенную экспрессию провоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-8 и других медиаторов воспаления, разрушающих межклеточную матрицу диска, угнетающих продукцию протеогликанов и стимулирующих патологический ангио- и нейрогенез.

Целью данного исследования было улучшение результатов лечения дорсопатий с применением запатентованного пункционного метода диагностики и лечения внутридисковой гипертензии.

Материалы и методы исследования

С 2014 г. под нашим наблюдением находились 159 больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, осложненным корешковым и дискогенным болевым синдромом. При магнитно-резонансной томографии (МРТ) выявлены протрузии или грыжи с подсвязочными фрагментами, подлежащие минимально инвазивному хирургическому лечению без открытой дискэктомии. Всем больным под контролем внутридискового давления (ВДД) (патент № 2527909 «Способ измерения внутридискового давления при заболеваниях и повреждениях позвоночника» от 14.07.2014 г.) проведена пункционная нуклеопластика с последующим введением Алфлутопа (патент № 2576447 «Способ лечения внутридисковой гипертензии при дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника» от 05.02.2016 г.), а также 10 боль-

[1] Контактная информация: vsmir5@mail.ru

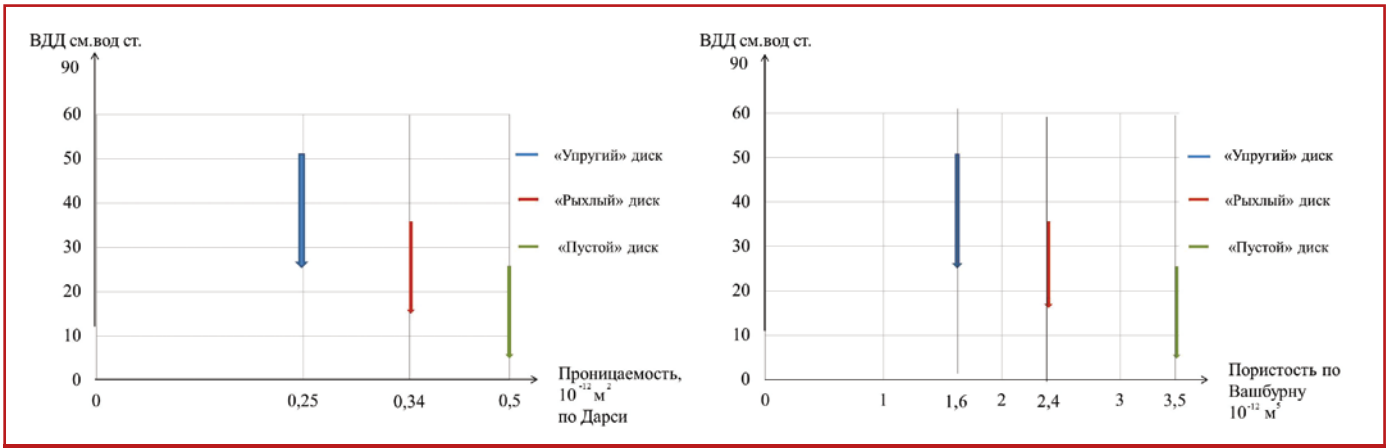


Рис. 1. **Гистограмма при коррекции внутридисковой гипертензии (купирование болевого синдрома)**

ным с внутридисковым введением Алфлутопа при гидродискэктомии.

Для построения модели пульпозного ядра МПД использовалась трехфазная структура, состоящая из коллагеновых волокон, агрегатов протеогликанов и воды. Нами предполагается, что эта структура организована следующим образом: коллагеновые волокна и агрегаты протеогликанов образуют упругую пористую среду, в которой может содержаться и перемещаться вода. Такая среда характеризуется пористостью и проницаемостью.

Изменение протеогликановых агрегатов приводит к уменьшению упругости пульпозного ядра МПД и сопровождается переходом воды из связанного в свободное состояние. Увеличение количества свободной воды в МПД является причиной внутридисковой гипертензии, которая является индикатором и одной из причин боли при дорсопатиях.

Для стабилизации дегенеративно-дистрофических процессов нами применялся хондропротектор Алфлутоп.

Алфлутоп — оригинальный, не имеющий дженериков инъекционный хондропротектор, представляющий собой экстракт из четырех видов мелкой морской рыбы, содержащий гликозаминогликаны, в том числе глюкуроновую кислоту, хондроитина-4 и -6-сульфат, дерматансульфат, кератансульфат, аминокислоты и микроэлементы. Препарат обладает хондропротективным, противовоспалительным и антиоксидантным действием, регулирует обмен веществ в хрящевой ткани. Его хондропротективное действие связано с усилением пролиферации хондроцитов, угнетением активности гиалуронидазы на 83%, фактора роста эндотелия сосудов (ФРЭС) — независимого фактора деструкции на 56%, аггреканазы и других ферментов, принимающих участие в разрушении межклеточного матрикса, в результате чего происходит нормализация биосинтеза гиалуроновой кислоты, коллагена II типа и структурных протеогликанов. Алфлутоп тормозит биосинтез провоспалительных цитокинов: ИЛ-6 на 16% и ИЛ-8 на 35%. Протеогликаны, входящие в его состав, оказывают трофическое действие и обладают замещающим эффектом, достоверно увеличивая показатели гидрофильности, высоты хряща и однородности костной ткани (по данным МРТ) [4–6].

Введение Алфлутопа непосредственно в очаг дистрофически измененного МПД увеличивает эффективность и надежность действия препарата, пролонгирует выработку полноценных протеогликанов.

Использованные параметры для оценки выраженности дегенеративных процессов в диске: высота МПД, данные бародискометрии (измерение ВДД1 у фиброзного кольца, ВДД2 в центре пульпозного ядра до декомпрессии диска и у фиброзного кольца ВДД3 после декомпрессии диска с целью выявления разницы изменения давления), оценка болевого синдрома по ВАШ, симптом Ласега, данные МРТ: грыжа, протрузия, состояние замыкательных пластинок и тела позвонка (склероз, Модик I, Модик II) [7].

Результаты

Были выделены три группы больных в зависимости от показателей бародискометрии, пористости, проницаемости.

Первую группу больных составили больные с показателями ВДД 50 см вод. ст. Состояние диска было оценено как «упругий», начало формирования капли при 40 см вод. ст., удаляемая часть диска имела волокнистую структуру, плотную и упругую. ВДД после операции 20 см вод. ст. Этот тип диска сохраняет способность к восстановлению протеогликанов.

Вторую группу больных составили больные с показателями ВДД 35 см вод. ст. Данный диск охарактеризован как «рыхлый», начало формирования капли при 15–20 см вод. ст. Удаляемая часть диска «ослизненная», содержит много жидкости. ВДД после операции 15 см вод. ст. Способность к восстановлению значительно снижена.

Третью группу больных составили больные с ВДД 20–25 см вод. ст. Состояние диска было охарактеризовано как «пустой», удаляемая часть диска «водянистая», после операции ВДД 5–10 см вод. ст., начало формирования капли при 5–10 см вод. ст.

У пациентов всех трех групп болевой синдром купирован на операционном столе. Внутридисковое введение Алфлутопа в завершение гидродискэктомии предотвращало развитие послеоперационного дискогенного гипертензионного синдрома.

Суть метода лечения заключается в том, что через введенную в диск иглу для пункционной нуклеопластики 11G измеряется ВДД, затем для формирования одностороннего искусственного канала вводится сверло, длиннее иглы на 5–7 мм, и для снижения внутридисковой гипертензии (ВДГ) удаляется до двух мл содержимого диска. Для контроля ВДГ повторно измеряем ВДД и в полость диска вводим 0,3 мл Алфлутопа. Болевой синдром был купирован на операционном столе. Высота уровня физраствора h_1 соответствует гидростатическому давлению свободной жидкости, содержащейся в пульпозном ядре МПД.



Рис. 2. **МРТ поясничного отдела позвоночника (до операции)**

Показания к нуклеопластике с введением Алфлутопа для лечения внутридисковой гипертензии следующие:

1. Неэффективность консервативного лечения более шести недель.
2. Протрузии и пролапс диска менее 1/3 размера спинномозгового канала.
3. Локальный болевой синдром в поясничном отделе позвоночника.
4. Радикулярный болевой синдром.
5. Наличие у больных соматических сопутствующих заболеваний, значительно повышающих риск традиционных «открытых» операций и создающих условия для более вероятных осложнений в послеоперационном периоде.
6. Поражение дегенеративно-дистрофическим процессом двух и более МПД, грыжевые выпячивания которых целесообразно устранить, так как они являются причиной соответствующей клинической симптоматики.
7. Постдискотомический синдром.
8. Наличие разрывов фиброзного кольца и грыжевых секвестров при отсутствии абсолютных показаний к открытому вмешательству на МПД.

Противопоказания, типичные для нуклеопластик:

- системные инфекции;
- кожная инфекция места предполагаемой пункции;
- применение антикоагулянтов (например, клопидогреля);
- беременность;
- коморбидные состояния, исключающие хирургическое вмешательство.

В ближайшем послеоперационном периоде больным выполнялись 5 паравертебральных блокад с Алфлутопом с интервалом через 2 дня. При выписке из стационара незначительный нервно-мышечный синдром сохранялся у 12 больных. После снижения ВДД у больных всех групп болевой синдром купирован: симптом Ласега отрицательный, движение в поясничном отделе позвоночника 80–100%. В дальнейшем больным применялась медикаментозная терапия, ЛФК, массаж, физиопроцедуры, лечебные медикаментозные блокады.

Катамнез через 12 месяцев: хорошие результаты достигнуты у 92% больных, удовлетворительные у 8%.

Для иллюстрации представляем одно из клинических наблюдений.

Больная С., 50 лет, история болезни № 217, поступила с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в правую ногу, не купируемые медикаментозно.

Безуспешное лечение болевого синдрома в течение трех месяцев. Неврологический статус: гипотрофия четырехглавой мышцы правого бедра, снижен коленный рефлекс справа, гипостезия L3-L4 справа, симптом Ласега 30° справа, сколиоз вправо, движение в поясничном отделе позвоночника 10% от нормы.

МРТ поясничного отдела позвоночника № 67902 ЛДЦ МИБС г. Иваново — дегенеративно-дистрофические изменения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Секвестированная грыжа диска L3-L4 (рис. 2).

Диагноз: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, фораминальная грыжа диска L3-L4 с болевым корешковым синдромом справа (второй тип диска).

Операция — пункционная декомпрессионная нуклеопластика диска L3-L4 справа под контролем ВДД, с внутридисковым введением Алфлутопа.

Под ЭОП-контролем и местной анестезией Sol. Lidocaini 0,5% — 10,0 в положении «на животе» сделана пункция диска L3-L4 справа иглой 11G. Измерено ВДД — 40 см вод. ст. Через иглу сверлом и костной ложечкой удалено около 2 мл тканей диска, проведена вакуумаспирация. Повторно измерено ВДД, оно снизилось до 25 см вод. ст. Внутрь диска введено 0,3 мл Алфлутопа.

Болевой синдром купирован на операционном столе. Игла извлечена. Осложнений нет. Асептическая наклейка.

Неврологический статус при выписке: симптом Ласега отрицательный, движение в поясничном отделе позвоночника в полном объеме, сохраняется гипостезия L3-L4 справа.

Обследование через 6 месяцев и 2 года.

На контрольной МРТ поясничного отдела позвоночника № 78387 ЛДЦ МИБС г. Иваново: дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника. Протрузии дисков L2-L3, L3-L4 (рис. 3).

Клинически: статус прежний, как и при выписке.

Эффект от внутридискового введения Алфлутопа подтвержден клинически купированием комбинированного типа боли во время операции и МРТ, а именно ликвидацией протрузии и подсвязочной грыжи диска через четыре месяца.

Заключение: протрузии межпозвонковых дисков L2-L3, L4-L5. Дегенеративно-дистрофические изменения поясничного отдела позвоночника.

Неврологический статус через 2 года: симптом Ласега отрицательный, движение в поясничном отделе позвоночника в полном объеме, сохраняется гипостезия L3-L4 справа (рис. 4). Жалоб нет, ведет активный образ жизни.

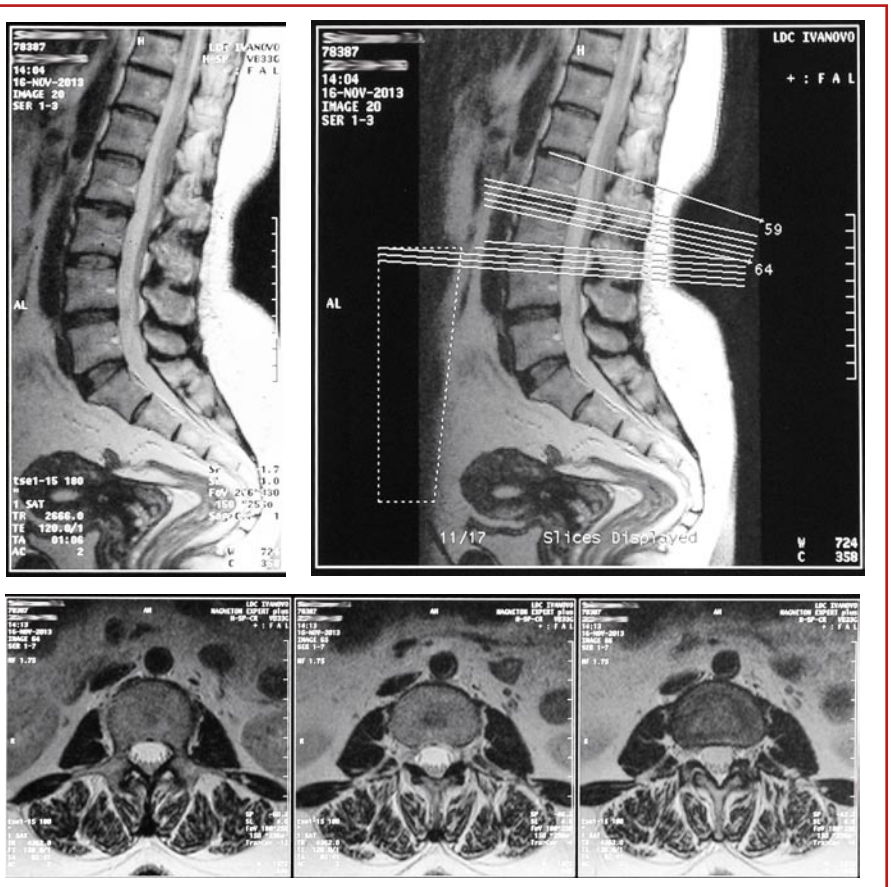


Рис. 3. **МРТ поясничного отдела позвоночника (через четыре месяца после операции)**

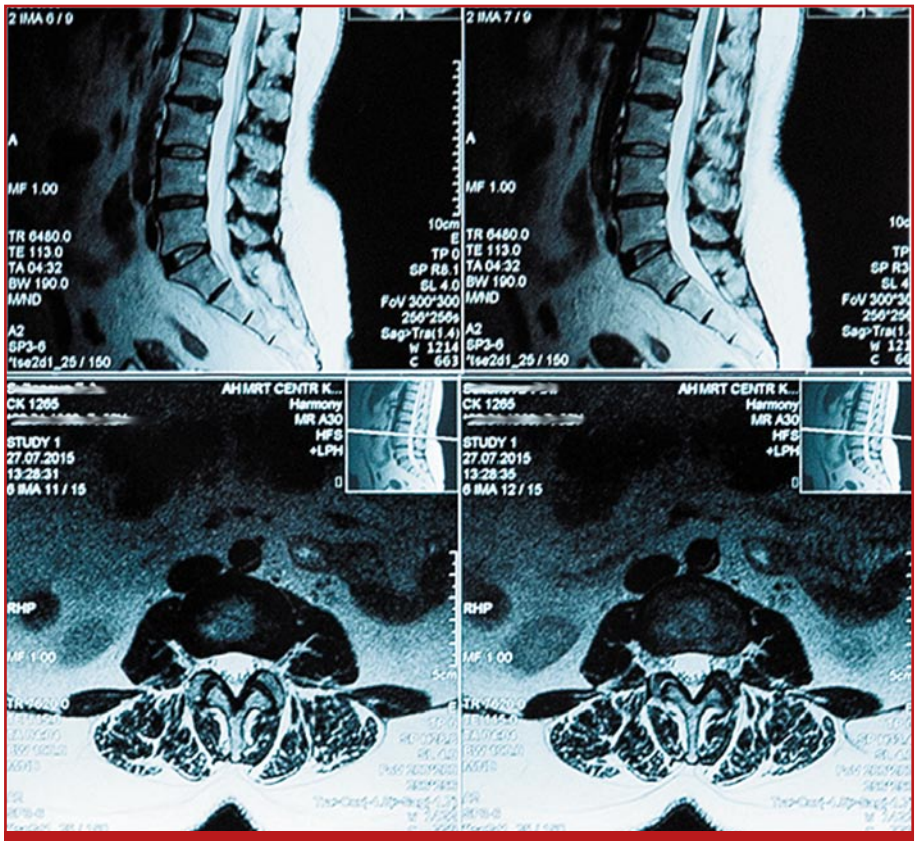


Рис. 4. **МРТ больной С. поясничного отдела позвоночника через 2 года после операции**

Выводы

- Разработанный нами малоинвазивный способ лечения внутридисковой гипертензии может проводиться при всех степенях изменений в диске, позволяет прогнозировать послеоперационное течение.
- Дополнительное введение в полость диска Алфлутопа патогенетически обосновано его стимулирующим действием на регенераторные процессы при любом типе межпозвонковых дисков, восстановлением гомеостаза хондроцитов, формированием полноценных агрегатов матрикса, восстановлением гидратированности пульпозного ядра, противовоспалительным действием.
- У больных после гидродискэктомии введение Алфлутопа предотвращало развитие послеоперационной внутридисковой гипертензии.
- Внутридисковое введение Алфлутопа безопасно, не вызывает осложнений.
- Применение трехфазной модели может быть использовано как для моделей естественной дегенерации, так и для диагностики и лечения хронического болевого синдрома при дорсопатиях и прогнозирования исходов лечения. ■

Литература

1. *Кремер Ю.* Заболевания межпозвонковых дисков / Пер. с англ. под ред. В.А. Широкова. М.: МедПресс-Информ, 2015.
2. *Adams M.A., Freeman B.J. C., Morrison H.P., Nelson I. W., Dolan P.* Mechanical initiation of intervertebral disc degeneration // Spine. 2000; 25: 1625–1636.
3. *Buckwalter J.A.* Aging and degeneration of the human intervertebral disc // Spine. 1995; 20: 1307–1314.
4. *Olariu L., Dumitriu B., Buse E., Pyatigorskaya N.V., Pavlov A.* Изменение in vitro механизмов остеоартрита с помощью препарата «Алфлутоп» // Romanian Biotechnological Letters. 2017, vol. 6, 1, p. 82–99.
5. *Olariu L., Dumitriu B., Buse E., Pyatigorskaya N.V., Pavlov A.* Хондровосстанавливающее действие препарата «Алфлутоп» in vitro, подтвержденное с использованием линии хондроцитов // Romanian Biotechnological Letters. 2016, vol. 22, № 6.
6. *Olariu L., Dumitriu B., Buse E., Rosoiu N.* Влияние препарата Алфлутоп на некоторые провоспалительные сигнальные факторы in vitro при костно-суставной воспалительной патологии // Academy of Romanian Scientists Annals Series on Biological Sciences. 2015, vol. 4, № 2, p. 7–18.
7. *Sato K., Kikuchi S., Yonezawa T.* In vivo intradiscal pressure measurement in healthy individuals and in patients with ongoing back problems // Spine (Phila Pa 1976). 1999, Dec 1; 24 (23): 2468–2474.

Доказательная база фармакопунктуры, выполняемой биорегуляционным препаратом

Л. Г. Агасаров[1], *доктор медицинских наук, профессор*
И. В. Кузьмина, *кандидат медицинских наук*
***ФГБУ РНЦ МРиК МЗ РФ,** Москва*

Резюме. Работа направлена на усиление научной доказательности использования фармакопунктуры — метода, объединившего возможности рефлексотерапии и биорегуляционной медицины. Наблюдаемое в процессе фармакопунктуры препаратом сложение рефлекторного и медикаментозного компонентов обеспечило результативность и долговременность воздействия. Клинические данные хорошо согласовывались с результатами объективного обследования.
Ключевые слова: рефлексотерапия, фармакопунктура, комплексные биорегуляционные препараты, дорсопатии, термография, реовазография, соматосенсорные вызванные потенциалы.

Abstract. The work is aimed at strengthening scientific evidence of the use of pharmacopuncture — a method which combines the possibilities of reflexology and bioregulatory medicine. The combination of the reflex and medicament components observed during the pharmacopuncture by the drug ensured the effectiveness and long-term impact. Clinical data were in good agreement with the results of the objective examination.
Keywords: reflexotherapy, pharmacopuncture, complex bioregulation remedies, dorsopathies, thermography, rheovasography, somatosensory evoked potentials.

Отдельные направления традиционной или, иначе, комплементарной медицины нередко вызывают нарекания в части научной обоснованности наблюдаемых эффектов. Иначе говоря, речь идет о низком уровне доказательности использования данной системы, причем посыл в первую очередь касается гомеопатии. В меньшей степени это положение распространяется и на рефлексотерапию, являющуюся медицинской специальностью. С целью ответа на ряд подобных вопросов мы сосредоточили внимание на оригинальном способе рефлексотерапии — фармакопунктуре, как раз объединяющей возможности рефлексотерапии и гомеопатии.

Под фармакопунктурой (синоним — биопунктура) подразумевается метод, базирующийся на введении медикаментов, преимущественно содержащих низкие дозы активных компонентов, в область точек рефлексотерапии [1]. Данный способ, предложенный в 50-х годах прошлого столетия, сегодня официально включен в реестр знаний и умений рефлексотерапевта. При этом принципиально важно, что по результативности фармакопунктура выходит за рамки простой суммации физического и медикаментозного звеньев [2]. Однако механизмы метода раскрыты далеко не полностью: в частности, наблюдаемое потенцирование эффектов пытаются связать с взаимодействием точки и гомеопатического препарата [4], что, в свою очередь, открывает простор для научных спекуляций.

В рамках уточнения этого и ряда других вопросов была выполнена серия работ, раскрывающих возможности фармакопунктуры с применением комплексных гомеопатических средств. Объектом исследования явились пациенты с дорсопатией на пояснично-крестцовом уровне, а в качестве агентов были выбраны препараты Дискус композитум [6], Плацента композитум [3], Цель Т [5]. В ходе этих работ была подтверждена эффективность технологии, однако вопрос контакта препарата и точки, по принципу «ключ к замку», остался не решенным. Кроме того, авторы избегали имитации фармакопунктуры в виде плацебо (как недостаточно результативного), что вызывало естественные нарекания в отсутствие должной доказательности.

В противовес этому настоящее исследование, с использованием той же «модели» дорсопатий, направлено на подтверждение необходимости использования плацебо-контролируемых исследований в области рефлексотерапии и, в частности, фармакопунктуры.

Материал, методы обследования и лечения

Под наблюдением находился 121 пациент (54 женщины и 67 мужчин) в возрасте от 26 до 52 лет с дорсопатией на пояснично-крестцовом уровне в фазе затянувшегося обострения.

Методы исследования

Неврологическое обследование пациентов было дополнено оценкой уровня боли, с использованием Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Параллельно выполняли психологическое тестирование, применяя метод «Многостороннего исследования личности» (МИЛ). Температурный рисунок пояснично-крестцовой области и нижних конечностей определяли с помощью прибора «AGA-782» фирмы AGEMA. Пульсовое кровенаполнение голеней и стоп оценивали посредством тетраполярной реовазографии (аппарат «Биосет-6001»). Соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП) регистрировали на аппарате «Нейрон-Спектр-4/ВПМ» фирмы «Нейрософт».

[1] Контактная информация: lev.agasarov@mail.ru