

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛИНЕЙРОПАТИЯМИ

З.Ф. МАВЛЯНОВА, Ш.Т. НИЁЗОВ, Ш. ИСАНОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, Самарканд

ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОЛАРНИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИГА КОМПЛЕКС ЁНДАШИШ

З.Ф. МАВЛЯНОВА, Ш.Т. НИЁЗОВ, Ш. ИСАНОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

AN INTEGRATED APPROACH TO MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH POLYNEUROPATHY

Z.F. MAVLYANOVA, SH.T. NIYOZOV, Sh. ISANOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Ушбу мақолада полинейропатия билан касалланган 8 дан 14 гача ёшдаги беморларнинг тиббий реабилитациясига комплекс ёндашиш ҳақида таъриф берилган. Назоратда турган ҳамма беморлар икки гуруҳга бўлинди, жинси ва ёшига мувофиқ. Биринчи гуруҳга 23 та бемор кирди, ва шуларга анъанавий даволашдан ташқари схемага фармакопунктура ва рефлексотерапия киритилган эди. Иккинчи гуруҳга эса 20 та полинейропатия билан анъанавий даволаш олаётган беморлар кирган. Олиб бораётган терапияни эффективлигини баҳолаш учун периферик нейромотор аппаратни функционал ҳолатини текшириш мақсадида электронейромиографияни стандарт мотор, сенсор ва стимуляцияловчи электродларни қўллаб стимулловчи усул билан фойдалинилди.

Калит сўзлар: *полинейропатия, реабилитация, фармакопунктура ва рефлексотерапия.*

The article presents the results of a comprehensive approach to medical rehabilitation of patients with polyneuropathy in age from 8 to 14 years. All the observed children were divided into two groups matched for sex and age. The first group consisted of 23 patients who along with conventional treatment were included in the scheme pharmacopuncture and acupuncture. The second group consisted of 20 patients with polyneuropathy children who received standard treatment. To evaluate the effectiveness of the therapy conducted a study of the functional state of the peripheral neuromotor apparatus by pacing electroneuromyography using motor, sensory stimulation and standard electrodes.

Key words: *polyneuropathy, rehabilitation, pharmacopuncture and acupuncture.*

Полинейропатия (полирадикулонейропатия, полиневропатия) -множественное поражение периферических нервов, проявляющееся периферическими вялыми параличами, нарушениями чувствительности, трофическими вегетососудистыми расстройствами преимущественно в дистальных отделах конечностей. Это распространенный симметричный патологический процесс, обычно дистальной локализации, постепенно распространяющийся проксимально [4, 6, 7].

На сегодняшний день заболеваемость полинейропатиями составляет 1,7 случаев на 100 тыс. человек. Смертность при этом заболевании ещё достаточно высока (от 2 до 5%), инвалидность составляет от 3 до 10%, временные потери трудоспособности от 7 до 22 % (4, 5). При этом лечение полинейропатий зависит от их вида. Часто используются препараты альфалиполиево́й кислоты (тиогама, тиоктацид, берлитион, эспалипон и др.) и комплексы витаминов группы «В». Эти препараты максимально стимулируют по-

тенциал к реиннервации. Для лечения демиелинизирующих полинейропатий, кроме фармакотерапии, применяются средства, блокирующие патологические аутоиммунные механизмы: введение иммуноглобулинов и плазмаферез. Наряду с этими препаратами важную роль играет комплексная медицинская реабилитация с включением различных природных и искусственно создаваемых физических факторов [5, 8, 10, 11].

Цель исследования: оценка комплексного подхода к медицинской реабилитации больных с полинейропатией с использованием сочетанного действия физических факторов (фармакопунктуры и иглорефлексотерапии).

Материал и методы исследования. Для решения поставленной цели нами было обследовано 43 больных детей с диагнозом полинейропатия в возрасте от 8 до 14 лет. Из них мальчиков – 20 (46,5%), девочек – 23 (53,5%). Критериями включения больных в исследование являлись: возраст от 8 до 14 лет; подтвержденный диагноз полинейропатии; отсутствие следующих

причин полинейропатии: онкологическая, наследственная, системные заболевания крови.

Исследование функционального состояния периферического нейромоторного аппарата проводилось методом стимуляционной электромиографии (ЭНМГ) с использованием моторных, сенсорных стандартных и стимуляционных электродов. С помощью стандартных ЭНМГ-методов исследовали моторные волокна срединного, малоберцового, большеберцового и сенсорные волокна срединного нервов.

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническая картина полинейропатий у наблюдаемых больных в целом не отличалась от классического описания её по данным различных литературных источников. Начало заболевания чаще было постепенное при подостром и хроническом течении. В случаях острого течения оно начиналось с лихорадки. В течение нескольких дней (при остром, реже подостром, течении) или недель (при хроническом течении) у больного появлялись и нарастали симметричные парезы мышц отдаленных отделов конечностей с понижением их тонуса и атрофией (уменьшением в объеме), со снижением или угасанием сухожильных рефлексов (коротких мышечных сокращений в ответ на быстрое растяжение или раздражение сухожилия мышцы). Степень выраженности двигательных расстройств была различной – от легких парезов (13 детей – 30,23%) до плегии (11 случаев – 25,58%) (рис. 1).

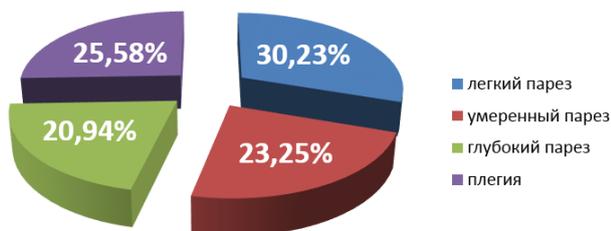


Рис. 1. Характер двигательных нарушений у детей с полинейропатиями

Диагноз устанавливался на основании характерных проявлений заболевания (данных неврологического осмотра), предшествующих им причин возникновения болезни и специальных исследований. Проводилась электромиография, с помощью которой исследовались электрофизиологические характеристики мышц, скорость распространения возбуждения по двигательным и чувствительным волокнам.

Лечение полинейропатии должно быть комплексным. Так как заболевание часто сопровождается аутоиммунными процессами, как можно раньше назначали глюкокортикоидные препараты (чаще, преднизолон) и препараты, подавляющие иммунные процессы. Одновременно назначали соли калия, белковую диету, большие дозы витаминов группы В, витамин С, антигистаминные препараты (тавегил, супрастин и другие), а также препараты, улучшающие нервную проводимость (прозерин). По показаниям проводилось очищение крови методом гемосорбции и плазмафереза.

Мнения относительно применения иглорефлексотерапии очень разноречивы, однако, по данным литературных источников, наиболее эффективным считается включение ее в комплекс лечебных мероприятий в качестве одного из составляющих компонентов лечения. Методом, который объединяет в себе медикаментозное воздействие и иглорефлексотерапию, является фармакопунктура - точечные инъекции лекарственных препаратов в биологически активные точки. Существенно, что при этом методе оказывается эффективным применение лекарственных препаратов в очень малых дозах. Метамерные рефлекторные воздействия осуществляются через рецепторные или триггерные зоны и точки дерматомеров, миомеров и склеромеров, соответствующих локализации поражения согласно сегментарной иннервации тела человека [1, 2, 3].

С одной стороны, воздействие иглой на точки акупунктуры создает искусственную доминанту, которая переключает патологическую импульсацию на себя и способствует разрушению компонентов патологической реакции. Вследствие этого возникают условия для нормализации функционирования нервной системы. С другой стороны, при введении лекарственных препаратов в точки акупунктуры сила и длительность их возрастает в несколько раз. Кроме того, эти лекарственные препараты и последовательное их введение обеспечивают при постепенном проникновении в систему кровообращения и последующем распространении по всему организму такое воздействие, при котором улучшается и общее состояние пациентов. Поэтому мы сочли целесообразным применить метод фармакопунктуры в сочетании с иглорефлексотерапией в комплексном лечении детей с полинейропатиями.

Таблица 1.

Динамика течения острой формы полинейропатии на фоне лечения в первой группе больных

Показатели	n. medianus	n. peroneus	n. tibialis
	СРВ, м/с		
До лечения	48,4	40,2	40,6
После лечения	53,1	43,1	42,3
	Амплитуда М-ответа, мВ		
До лечения	5,6	2,1	2,8
После лечения	7,1	3,3	3,9
	Латентный период, мс		
До лечения	4,2	5,3	4,9
После лечения	3,3	4,2	3,2

Таблица 2.

Динамика течения подострой формы полинейропатии на фоне лечения в первой группе больных

Показатели	n. medianus		n. peroneus		n. tibialis	
	До лече- ния	После лече- ния	До лече- ния	После лече- ния	До лече- ния	После лече- ния
СРВ, м/с	49,6	52,1	39,1	41,3	41,2	42,5
Амплитуда М- ответа, мВ	5,9	7,4	2,9	3,8	3,4	4,7
Латентный период, мс	4,2	2,9	5,4	4,3	4,7	3,6

В связи со сказанным выше, наблюдаемые дети были подразделены на две группы, сопоставимые по полу и возрасту. Первую группу составили 23 больных, у которых наряду с традиционным лечением в схему были включены фармакопунктура и иглорефлексотерапия. Вторую группу составили 20 больных детей с полинейропатиями, получавших традиционное лечение. Использовалось сочетание общепринятых для рефлексотерапии схем: раздражение местных, сегментарно значимых и отдаленных точек. Инъекции церебролизина проводились инсулиновыми шприцами, в точку вводилось 0,1-0,2 мл, общая доза на процедуру 1,0 мл, на курс - 10 инъекций. Рецепты по подбору биологически активных точек (БАТ) для каждого ребенка подбирались индивидуально.

Для оценки эффективности проводимой терапии проводили исследование функционального состояния периферического нейромоторного аппарата методом стимуляционной электромиографии (ЭНМГ) с использованием моторных, сенсорных стандартных и стимуляционных электродов. С помощью стандартных ЭНМГ-методов исследовали моторные волокна срединного, малоберцового, большеберцового и сенсорные волокна срединного нервов [9].

Введение церебролизина в биологически активные точки у больных 1 группы сопровождалось положительной динамикой как субъективных, так и объективных клинических симптомов. В первой группе при острой форме полинейропатии отмечено достоверно значимое ($p < 0,05$) улучшение электрофизиологических

показателей и уменьшение коэффициента интенсивности болевого синдрома: n. medianus: амплитуда М-ответа до лечения 5,6 мВ, после лечения 7,1 мВ, латентный период до лечения 4,2 мс, после лечения 3,3 мс; n. peroneus: амплитуда М-ответа до лечения 2,1 мВ, после лечения 3,1 мВ, латентный период до лечения 5,3 мс, после лечения 4,2 мс; n. tibialis: амплитуда М-ответа до лечения 2,8 мВ, после лечения 3,9 мВ, латентный период до лечения 4,9 мс, после лечения 3,2 мс (табл. 1).

В первой группе при подострой форме полинейропатии отмечено статистически значимое увеличение СРВ по периферическим нервам, амплитуды М-ответа, уменьшение латентного периода и коэффициента интенсивности болевого синдрома (табл. 2).

В первой группе при хронической форме полинейропатии зарегистрировано статистически достоверное увеличение СРВ по периферическим нервам, амплитуды М-ответа, уменьшение латентного периода и коэффициента интенсивности болевого синдрома, так n. medianus: СРВ до лечения 46,7 м/с, после лечения 49,2 м/с, амплитуда М-ответа до лечения 4,7 мВ, после лечения 6,7 мВ, латентный период до лечения 4,9 мс, после лечения 3,6 мс; n. peroneus: СРВ до лечения 39,9 м/с, после лечения 40,5 м/с, амплитуда М-ответа до лечения 1,3 мВ, после лечения 2,9 мВ, латентный период до лечения 5,3 мс, после лечения 4,1 мс; n. tibialis: СРВ до лечения 39,1 м/с, после лечения 40,0 м/с, амплитуда М-ответа до лечения 3,1 мВ, после лечения 4,1 мВ, латентный период до лечения 5,1 мс, после ле-

чения 3,9 мс. Коэффициент интенсивности болевого синдрома до лечения 53%, после лечения 14% (табл. 3).

Во второй группе при всех формах полинейропатии не отмечено достоверно значимого улучшения электрофизиологических показате-

лей (увеличения СРВ по периферическим нервам, амплитуды М-ответа, уменьшения латентного периода). Ниже приведена сравнительная характеристика течения полинейропатии в первой и второй группах на фоне проводимой терапии (табл. 4, 5).

Таблица 3.

Динамика течения хронической формы полинейропатии на фоне лечения в первой группе больных

Показатели	n. medianus		n. peroneus		n. tibialis	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
СРВ м/с	46,7	49,2	39,9	40,5	39,1	40,0
Амплитуда М-ответа, мВ	4,7	6,7	1,3	2,9	3,1	4,1
Латентный период, мс	4,9	3,6	5,3	4,1	5,1	3,9

Таблица 4.

Оценка течения полинейропатии на фоне лечения в сочетании с фармакопунктурой и иглорефлексо-терапией (M±m) в первой группе больных

Показатели	Исследуемый нерв					
	n. medianus		n. peroneus		n. tibialis	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
СРВ, м/с	47,2±1,2	50,3±1,1	39,8±1,2	41,1±1,2	39,9±1,1	42,2±1,1
Амплитуда М-ответа, мВ	5,8±1,1	6,9±1,2	6,8±1,1	5,9±1,2	2,8±1,2	3,9±1,1*
Латентный период, мс	4,7±1,3	3,4±1,2*	5,3±1,2 *	4,1±1,1*	4,9±1,3	3,4±1,2*

Примечание: * - достоверные различия показателей до и после лечения (p<0,05).

Таблица 5.

Течение полинейропатии на фоне традиционного лечения (M±m)

Показатели	Острая форма					
	n. medianus		n. peroneus		n. tibialis	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
СРВ, м/с	49,3±1,1	49,8±1,2	39,5±1,1	39,2±1,1	40,1±1,2	40,2 ±1,1
Амплитуда М-ответа, мВ	5,7±1,2	5,9±1,2	3,9±1,2	4,4±1,2	2,9±1,1	3,1±1,2
Латентный период, мс	4,5±1,2	4,3±1,1	5,4±1,2	5,2±1,2	4,8±1,2	4,5±1,1
Подострая форма						
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
СРВ, м/с	50,1±1,1	50,7±1,1	38,9±1,1	39,1±1,2	40,9±1,2	41,2±1,1
Амплитуда М-ответа, мВ	5,8±1,1	6,2±1,2	2,3±1,2	2,4±1,2	3,0±1,2	3,2 ±1,2
Латентный период, мс	4,3±1,2	4,2±1,1	5,6±1,2	5,3±1,1	4,6±1,1	4,5±1,1
Хроническая форма						
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
СРВ, м/с	47,8±1,5	48,1±1,1	38,7±1,2	38,9±1,1	39,5±1,2	39,8±1,1
Амплитуда М-ответа, мВ	4,9±1,1	5,0±1,1	3,4±1,2	3,8±1,1	3,1±1,1	3,3±1,2
Латентный период, мс	4,8±1,2	4,6±1,2	5,9±1,2	5,8±1,2	5,3±1,2	5,1±1,1

Примечание: * - достоверные различия показателей до и после лечения (p<0,05).

Выводы. Способ лечения больных с полинейропатиями с использованием иглорефлексотерапии и фармакопунктуры с церебролизином показал высокую эффективность: по окончании терапии положительный клинический эффект различной степени выраженности наблюдался у 80% больных. После проведенного курса лечения у больных наряду с изменениями субъективными (уменьшались парестезии, купировался алгический синдром, наблюдалось улучшение поверхностных и глубоких видов чувствительности: болевой, температурной, тактильной, вибрационной, мышечно-суставного чувства), получены положительные объективные изменения, проявляющиеся статистически значимым ($p < 0,05$) увеличением СРВ по периферическим нервам, амплитуды М-ответа, уменьшением латентного периода. Во время лечения и в течение шести месяцев после фармакопунктуры у больных с полинейропатиями побочных явлений не наблюдалось.

Таким образом, введение церебролизина в биологические активные точки воздействует на патогенетические звенья полинейропатии, этот способ лечения является эффективным методом терапии данной патологии периферической нервной системы.

Литература:

1. Агасаров П. Г. Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия). М.: Арнебия, 2002. – 207 с.
2. Васичкин В.И. Методы китайской акупунктуры. М.: Изд-во Полигон, 2003. – 375 с.
3. Гапонюк П.Я. Карманный атлас акупунктурной терапии. М.: ФИРН М, 1999. – 405 с.
4. Киричинская И.А. Инфекционные полирадикулоневриты: метод. письмо. Киев, 1968 г.
5. Комелягина Е.Ю., Волковой А.К., Мыскина Н.А., Анциферов М.Б. Сравнительная эффективность различных режимов перорального приема тиоктовой кислоты (Тиоктацид БВ) в терапии болевой формы диабетической дистальной нейропатии // Фарматека. 2006. – № 17. – С. 89–94.
6. Левин О. С. Полиневропатии: клинич. рук-во. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 496 с.
7. Рачин А.П., Анисимова С.Ю. Полинейропатия в практике врача семейного медицины: диа-

гностика и лечение // Российский медицинский журнал. – 2014. – № 2

8. Чернышова Т.Е. Мильгамма драже в комплексной терапии диабетической полинейропатии // ТОП–медицина. – 2001. – № 3. – С. 14–16.

9. Электромиография в диагностике нервно-мышечных заболеваний/Б. М. Гехт, Л. Ф. Касаткина, М. И. Самойлов, А. Г. Санадзе. Таганрог: Изд-во ТГРУ, 1997. 369 с.

10. Beltramo E., Berrone E., Buttiglieri S. Thiamine and benfotiamine prevent increased apoptosis in endothelial cells and pericytes cultured in high glucose // Diabetes Metab. Res. Rev. 2004. Vol. 20. P. 330–336.

11. Berrone E., Beltramo E., Solimine C. et al. Regulation of intracellular glucose and polyol pathway by thiamine and benfotiamine in vascular cells cultured in high glucose // J. Biol. Chem. 2006. Vol. 281. P. 9307–9313.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛИНЕЙРОПАТИЯМИ

З.Ф. МАВЛЯНОВА, Ш.Т. НИЁЗОВ,
Ш. ИСАНОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, Самарканд

В статье представлены результаты комплексного подхода к медицинской реабилитации больных с полинейропатиями в возрасте от 8 до 14 лет. Все наблюдаемые дети были подразделены на две группы, сопоставимые по полу и возрасту. Первую группу составили 23 больных, у которых наряду с традиционным лечением в схему были включены фармакопунктура и иглорефлексотерапия. Вторую группу составили 20 больных детей с полинейропатиями, получавших традиционное лечение. Для оценки эффективности проводимой терапии проводили исследование функционального состояния периферического нейромоторного аппарата методом стимуляционной электро-нейромиографии с использованием моторных, сенсорных стандартных и стимуляционных электродов.

Ключевые слова: полинейропатия, реабилитация, фармакопунктура и рефлексотерапия.