

ГОМЕОСИНИАТРИЯ И АКУПУНКТУРА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ СУСТАВОВ

Здыбский В.И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Аннотация: В статье рассматривается применение способов рефлексотерапии (акупунктуры и гомеосиниатрии) при остеоартрозе суставов. Приводится сравнительная эффективность акупунктуры и комбинированного воздействия акупунктуры и гомеосиниатрии при этой патологии. Показана более высокая эффективность комбинированного способа воздействия.

Ключевые слова: остеоартроз суставов, акупунктура, гомеосиниатрия.

Введение

Остеоартроз является одновременно результатом действия механического и биологического факторов, которые нарушают синхронность процессов биодegradации и образования клеток суставного хряща, матрикса и субхондральной кости. Заболевание, как правило, поражает все ткани синовиального сустава. Таким образом, остеоартроз проявляется морфологическими, биохимическими, молекулярными и биомеханическими изменениями в клетках и матриксе, которые приводят к размягчению, разволокнению, эрозированию и уменьшению толщины суставного хряща, а также склерозу субхондральной кости, формированию остеофитов и субхондральных кист (Creamer P., Hochberg M. C., 1997). Заболевание носит прогрессирующий характер. В процессе его лечения пациенту приходится регулярно принимать большое количество аллопатических препаратов, которые кроме целого ряда противопоказаний и аллергических реакций, дополнительно нарушают функции внутренних органов (желудок, печень, почки). Применение способов рефлексотерапии не имеет перечисленных недостатков и может быть эффективно использовано у пациентов с аллергическими реакциями и при синдромах отмены препаратов.

Под гомеосиниатрией мы понимаем введение комплексных антигомоток-

сических препаратов через точки акупунктуры. Термин состоит из гомео- от гомеопатии, син- от синологии (науке о Китае), и атрия- от греческого врач, лечение. Комплексное действие предусматривает комбинированное использование двух или более действующих факторов. Применяется в виде последовательного воздействия этих факторов для усиления, отдельно взятого способа.

Цель работы – сравнить эффективность акупунктуры и комбинированного воздействия акупунктуры и гомеосиниатрии при остеоартрозе суставов.

Гомеосиниатрия выбрана потому, что она имеет ряд преимуществ перед акупунктурой:

1. Наряду с механическим раздражением точки акупунктуры (ТА), затем включаются химические механизмы действия антигомотоксического препарата. Достигается пролонгированное раздражение ТА выбранным препаратом;
2. При выраженном болевом синдроме допускается введение «коктейля» из двух препаратов в точки акупунктуры.
3. Разделение одной дозы препарата на несколько ТА позволяет охватить сустав со всех сторон с первичным акцентом на триггерные точки.
4. Отсутствие побочных эффектов при длительном применении.

Материалы и методы

Обследованы две группы пациентов по 45 человек в каждой. Группы идентичны по полу и среднему возрасту больных. В первой группе для лечения использовалась только акупунктура, во второй группе – комбинированное воздействие акупунктуры и антигомотоксических препаратов (гомеосиниатрия): Traumeel-S, Zeel-T, Discus compositum.

При введении антигомотоксических препаратов в точки акупунктуры при всех видах артрозов и полиартрозов мы учитывали основные принципы использования точек общего, сегментарного действия, а также локальных и триггерных точек соответствующих пораженным суставам.

Акупунктура показана в начальной стадии серозного воспаления и в стадии разрешения. При сопутствующих травмах и их последствиях рекомендуются сочетанные методики. Воздействие проводилось с учетом стадии заболевания, локализации боли и клинических проявлений. Курс лечения состоял из 14-15 ежедневных сеансов. При необходимости проводилось поддерживающее лечение, включающее введение препаратов в точки акупунктуры (ТА) 2 раза в неделю.

Несмотря на то, что в настоящее время существует огромный арсенал различных лабораторных и инструментальных диагностических методов, основанных на современных технологиях, по-прежнему важным остается оценка врачом объективного статуса пациента. Недаром народная мудрость гласит, что перед любым современным аппаратом «надо снимать шляпу, а голову оставлять на плечах».

Результаты мы оценивали по шкале боли, объему активных и пассивных движений в суставах, наличии или отсутствии отеков.

Методика при заболеваниях суставов верхних конечностей

При заболеваниях плечевого сустава акупунктурное воздействие начинали с точек нижних конечностей: VB34, E36, 38, V57 по тонизирующей методике. Затем использовали сегментарные и местные точки с противоположной от боли стороны: GI4, 11, 15, 16, IG3, 7, 8, 10, TR3, 5, TR8, 14, 15, P2, VB21. Воздействовали также по тонизирующей методике. В точки акупунктуры на пораженной стороне вводили препараты: Zeel-T или Traumeel-S. Затем препараты вводились в болезненные при надавливании точки (триггерные пункты). Одна из «специфических» точек для плечевого сустава – GI15. В этой области болезненность часто обусловлена включением в патологический процесс сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча. Сухожилие проходит между большим и малым бугорками плечевой кости, в этом месте оно окружено синовиальным влагалищем, затем прободает суставную капсулу и прикрепляется к надсуставному бугорку лопатки. Через дельтовидную мышцу хорошо пальпируются бугорки плечевой кости. Между ними делался укол до дельтовидной мышцы и вводился препарат Zeel-T в объеме 0,2 – 0,3 ml. Использовались только инсулиновые шприцы (8 мм) зарубежного производителя. При отеке в области плечевого сустава воздействие начинали с акупунктуры (по тонизирующей методике) в дистальных точках верхней конечности: GI4, 5; TR6, 1; IG5, 1, а также нижней конечности: R5, 7; V60, 62. Затем через 10 мин. в местные точки вводили Traumeel-S.

При заболеваниях локтевого сустава использовали те же принципы воздействия. Наиболее часто для акупунктуры применяли точки: GI4, GI10, 11; IG3, 15; TR3, 4, 8. К дистальной поверхности внутреннего надмыщелка прикрепляются сухожилия мышц – круглого пронатора, длинной ладонной, локтевого сгибателя запястья, поверхностного сгибателя пальцев. К наружному надмыщелку при-

крепляется плечелучевая мышца. Триггерные точки часто локализуются в области вершины надмыщелка. Для местного введения препаратов чаще использовались ТА: IG8, TR10, C3. Эти же точки применялись при болях в области кубитального канала. Точки TR5 и TR8 также использовались для введения препаратов. На здоровой стороне преимущественно использовали акупунктуру, а на поражённой стороне Zeel-T или Traumeel-S.

В дистальном отделе предплечья локтевой нерв проходит через карпоульнарный канал. Дорзальной стенкой его служит ладонная связка запястья, вентральной – удерживатель сухожилий сгибателей, медиальной – гороховидная кость. Между указанными связками и гороховидной костью образуется узкая треугольная щель. Инъекция препаратов чаще проводилась между гороховидной костью и вершиной шиловидного отростка лучевой кости. Из акупунктурных точек использовались: C7 и IG5.

Болевые ощущения могут исходить из метакарпального канала. Его основанием являются кости и суставы запястья, покрытые связками. Кости запястья образуют углубления. Со стороны большого пальца оно ограничено лучевым возвышением; со стороны мизинца – локтевым возвышением запястья (гороховидной костью и крючком крючковидной кости). Сверху канал покрыт удерживателем сухожилий сгибателей. В канале ульнарно лежит синовиальное влагалище сухожилий поверхностного и глубокого сгибателей пальцев; радиально располагается синовиальное влагалище длинного сгибателя большого пальца, а между ними лежит срединный нерв. Длина канала 3-4 см.

При болях в лучезапястном суставе и пальцах кисти для акупунктуры на здоровой стороне применяли ТА: P10, 7; GI3, 4, 6; IG3, 5; MC7; TR3, 4, 5. На стороне поражения в точки вводились антигематоксические препараты.

Дополнительно на стороне поражения использовали аурикулярные точки: 13, 37, 51, 62-67 (вся область ладьевидной ямки на ушной раковине), 55, 96. Воздействовали акупунктурой. В остром периоде сеансы проводились ежедневно, а затем через день.

Методика при заболеваниях суставов нижних конечностей

Тазобедренный сустав относится к шаровидным суставам с широкой суставной сумкой, укрепленной многочисленными связками и мышцами. Мышцы плотно облегают тазобедренный сустав: сверху сзади – грушевидная и несколько ниже – внутренняя запирательная, снизу сзади – малая и средняя ягодичные мышцы, снизу – приводящие короткие мышцы бедра, спереди – большая поясничная мышца и прямая головка четырехглавой мышцы бедра. Между капсулой сустава и мышцами находится небольшое количество очень плотной упругой жировой клетчатки, где наиболее часто обнаруживаются триггерные пункты.

Акупунктура. При заболеваниях тазобедренного сустава наиболее часто использовались точки: E31, 36; V33, 40, 54; VB29-31, 34; F11; VG4, 12. При травмах тазобедренного сустава лечение начинали с акупунктуры по тонизирующей методике на отдаленные точки на стороне травмы (Г. Лувсан, 1990): R1, 7, F3, 1, 8; VC2, 3. Затем через 10 минут после введения игл применяли препараты: Traumeel-S, Zeel-T или Discus compositum в точки пояснично-крестцовой области. При длительном ограничении движений дополнительно применяли введение препаратов в местные точки. Чтобы ввести препарат в местные ТА больному придавали положение, лёжа на здоровом боку. Например, одна из триггерных зон определялась следующим образом: левой рукой пальпировался большой вертел бедра. Отступив на 0,5-1 см. вверх пальпировалась болевая точка. Затем под углом 30° в сагиттальной плоскости производился укол с целью попадания в жировую

клетчатку. При выявлении триггерных зон другой локализации в них также вводилось антигомотоксические препараты.

При поражении коленного сустава начинали с акупунктурного воздействия на здоровой стороне в точках: E35-38, RP9-10; E44, V39, V40, 60; R9-10; VB31-34, 38; F7-9; VG3. Затем через 10-15 мин. вводили препараты в местные и сегментарные ТА на стороне поражения.

Триггерные точки чаще определялись в зоне трёхглавой мышцы голени, которая состоит из икроножной (имеющей медиальную и латеральную головки) и камбаловидной мышц. Своими начальными отделами головки икроножной мышцы ограничивают снизу подколенную ямку. Камбаловидная мышца покрыта икроножной и, прикрепляясь к малоберцовой и большеберцовой костям, образует своими сухожилиями арку. В этом месте в мышечно-сухожильном канале возможна компрессия большеберцового нерва при напряжении мышц голени. Расслабление этих мышц обеспечивает уменьшение раздражения нерва. Инъекции препаратов Traumeel-S и Discus compositum производили, например, в наиболее возвышенную часть брюшка напряжённой икроножной мышцы. При выявлении участков миодистрофии инъекции производились и в эти участки. Из акупунктурных точек в этой зоне использовали V56, 57, 58.

При заболеваниях голеностопного сустава и суставов пальцев стопы точки выбора служат: E41, 36, R3, V60, 62, 65, VB41 и другие болезненные точки. Например, большеберцовый нерв проходит между внутренней лодыжкой и пяточной костью. Впереди лежит сухожилие сгибателя пальцев, изнутри – сухожилие длинного сгибателя большого пальца, снаружи нерв и сухожилия обхватываются связкой – удерживателем сухожилий сгибателей. Этой связкой замыкается тарзальный канал. В этой зоне проецируется своеобразная петля из точек акупунктуры канала почки. Мы ис-

пользовали введение препаратов в точки: R6 и R3, а также в другие триггерные точки этого канала.

При отеке голеностопного сустава вводили Traumeel-S в следующие местные ТА: V60, 62, E41, VB41, R2, 5, 7. Акупунктурное воздействие применялось в пояснично-крестцовой области. При ограничении движений в суставе дополнительно воздействовали в точки: V58, VB34, 37; E34, 40; V63 препаратом Traumeel-S. При длительных болевых синдромах после травмы начинали с седативного воздействия иглами в точках: F2, 3; VB34, 38, 39; E36, 41 на здоровой стороне, а через 15-20 мин. вводили препараты в симметричные точки на больной стороне. «Специфичная» точка для голеностопного сустава VB41.

При лечении полиартрозов наряду с местными и специфическими точками воздействовали на точки: V23, 62; IG3 для стимуляции функции коркового вещества надпочечников.

Результаты лечения

В первой группе пациентов эффективность лечения (после одного курса) составила 65%. Во второй группе (при комбинированном воздействии), эффективность составила 85%. В обеих группах отмечено уменьшение боли (во второй группе в среднем на два дня раньше), уменьшение отечности (во второй группе с 3-4 сеанса, а в первой с 5-6 сеанса), увеличение объема активных и пассивных движений в суставе. Отмечена более длительная ремиссия (3 – 6 месяцев) у пациентов второй группы. Лучшие результаты получены в начальных стадиях заболевания у пациентов без выраженных деструктивных изменений в суставах. Следует отметить, что ни у кого из обследованных нами пациентов не было отмечено побочных и аллергических реакций при применении антигомотоксических препаратов в сочетании с акупунктурой.

Выводы

1. Приведённые методики являются врачебными процедурами и могут

применяться врачами, прошедшими специальную подготовку по рефлексотерапии. Подбор ТА и антигомотоксических препаратов должен обосновываться с учётом индивидуализированной диагностики заболевания, ведущих патогенетических механизмов, клинических проявлений и давности процесса.

2. Лучшие результаты получены при применении комбинированной методики в ранние сроки заболевания, в молодом и среднем возрасте, когда возможна лучшая регенерация и препараты могут предотвратить переход обратимых изменений в тканях в необратимые (по таблице фаз гомотоксикозов).

3. Установление приоритетных точек акупунктуры для введения антигомотоксических препаратов зависит не только от соответствия препарата по терапевтическому и фармакологическому индексу имеющемуся заболеванию, но и от выявления участков болезненности, дистонических или дистрофических изменений в тканях. Одновременно воздействовали на 8-10 ТА выбранным препаратом и на 5-6 дистальных точек иглоукалыванием. При обнаружении в процессе лечения новых триггерных зон, они также включались в рецептуру.

4. Необходимо информировать пациента о том, что один краткосрочный курс лечения (14-15 сеансов) по данной методике не решит всех его проблем, связанных с заболеванием. При отсутствии эффекта после 10-ти сеансов необходимо проанализировать возможные причины неэффективности воздействия. Это может быть связано с неправильным подбором ТА, неадекватно выбранным антигомотоксическим препаратом, неправильными субъективными суждениями больного о динамике своего состояния.

5. При выраженном болевом синдроме возможно введение двух разных препаратов с интервалом в 3-4 часа или «коктейля» из двух препаратов.

Литература:

1. Антигомотоксическая терапия заболеваний нервной системы. Метод.реком. – К. – 2005. – 62 с.
2. Гавура В.В., Гарус А.А. Применение антигомотоксических препаратов Traumeel-S и Zeel-T в комплексном лечении больных пояснично - крестцовым радикулитом в условиях врачебно-физкультурного диспансера //Биологическая терапия. – №3. – 2000. – С. 16-19.
3. Думин П.В., Фурман Н.В., Семенов А.И. Использование антигомотоксических препаратов Traumeel-S, Zeel-T, Discus compositum в комплексном лечении больных грыжами межпозвонковых дисков //Биологическая терапия – №1. – 2000.
4. Енно Фрейс, Лео Латаш. Ревматоидный артрит с точки зрения обезболивающей терапии (альтернативная терапия – комбинированная алопатическая и гомеопатическая терапия) //BiomedicalTherapy.– №4. – 1999. – Р. 184-185.
5. Заславский Е.С. Болевые мышечные синдромы в области плечевого пояса, руки и грудной клетки: Метод.реком. для врачей-курсантов.– Новокузнецк. – 1982. – 70 с.
6. Здыбский В.И. Немедикаментозные способы воздействия при лечении острой и хронической боли в суставах. /Актуальные вопросы ревматологии. Сб. статей. – Харьков. – 1997. – С. 45-49.
7. Здыбский В.И., Являнский Ю.В. Акупунктура, фармакопунктура и гомеосиниатрия для рефлексотерапевтов. – Х. – 2012. - 151с.
8. Калмикова Ю. С. Методи дослідження у фізичній реабілітації: дослідження фізичного розвитку: [навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичної культури і спорту напряму підготовки «Здоров'я людини»] / Ю.С. Калмикова. – Харків, 2014. - 104 с.
9. Лобенко О. О., Корж М. О., Дедух Н. В. и др. Остеоартроз, консервативна терапія. – Харків: Прапор, 1999. – 335с.
10. Мачерет Е. Л., Самосюк И. З., Лысенюк В. И. Рефлексотерапия в комплексном лечении заболеваний нервной системы. – К.: Здоровья, 1989. – 229 с.
11. Мачерет Е.Л., Чуприна Г.М., Морозова О.Г. и др. Патогенез, методидослідження та лікування больових синдромів. – Х.: ВПЦ Контраст, 2006. – 168 с.
12. Морозова О.Г., Здыбский В.И., Бутенко О.И. и др. Избранные клинические лекции по рефлексотерапии. - Харьков. - 2007. - 304с.
13. Моцарь С.И., Игнатъев Е.О. Опыт применения антигомотоксических препаратов Traumeel-S, Zeel-T, Discus compositum в терапии деформирующих артрозов, спондилоартрозов и остеохондроза позвоночника // Биологическая терапия. – №2. – 2000. – С. 34-42.

14. Общая терапия 2006-2007 (под редакц. Рабиновича С.А.). Каталог препаратов фирмы «БиологишеХайльмиттельХеель». – М. – 2006. – 352 с.

15. Пишель Я.В., Шапиро М.И., Шапиро И.И. Анатомо- клинический атлас рефлексотерапии (изд. 3-е, перер. и допол.). – Харьков: Око, 1995. – 168с.

16. Твардовская С.П., Секер Т.М. Лечение некоторых дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата препаратами Zeel-T и Traumeel-S. //Биологическая терапия. – №1. – 2000.– С. 32-34.

17. Фразе В. Терапевтические возможности гомеосиниатрического применения препарата Zeel-T. //Биологическая терапия. – №3.–1999.– С.39-41.

18. Хайне Х. Запуск иммунологических вспомогательных реакций, при проведении анти-

гомтоксической терапии воспалений суставов. //Биологическая терапия. – №4.– 1998. – С. 12-14.

19. Черных В.Ф., Здыбский В.И., Климович Л.В. Акупунктура и гомеосиниатрия в клинической практике. - Харьков: Золотые страницы, 2002. - 102с.

20. Ordinatioantihomotoxicaetmateriamedica (издание на русском языке), под редакц. научного отдела фирмы Хеель. – М.: 1998. – 451 с.

Информация об авторе:

Здыбский Владимир Иванович, к.мед.н., Ph.D., доцент кафедры рефлексотерапии, Харьковской медицинской академии последипломного образования