

перспективность в хирургическом лечении внутримозговых гематом наряду с существующими традиционными способами. Применение данного метода у больных с внутримозговыми гематомами, образовавшимися вследствие разрыва артериовенозных мальформаций, требует дальнейшего изучения.

Метод пункционной аспирации и локального фибринолиза при лечении внутримозговых гипертензивных гематом нетравматической этиологии может быть с успехом использован в нейрохирургическом стационаре многопрофильной больницы при условии наличия круглосуточной компьютерной томографии и необходимых фибринолитических препаратов.

Литература

1. Буров С.А. Хирургическое лечение внутримозговых кровоизлияний методом пункционной аспирации и локального фибринолиза: дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 212 с.
2. Вережагин Н.В., Пирадов М.А., Суслина З.А. Инсульт: принципы диагностики и лечения больных в остром периоде инсульта // *Consilium medicum*. 2001. Т. 3, № 5. С. 210–215.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // *Инсульт: приложение к журн. неврол. и психиатр.* 2003. № 8. С. 4–9.
4. Гуцанский С.С., Мороз В.В. Стереотаксическое удаление и локальная фибринолитическая терапия нетравматических интрацеребральных гематом как метод выбора // *Нейрохирургия*. 2000. № 4. С. 18–21.
5. Данчин А.Г., Хрипунов А.Н., Данчин А.А. и др. Применение фибринолитических средств при удалении внутримозговых гематом // *Материалы III съезда нейрохирургов России*. СПб., 2002. С. 313–314.
6. Дашьян В.Г. Хирургическое лечение геморрагического инсульта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 20 с.
7. Елфимов А.В., Спиринов Н.Н., Макеев В.В. и др. Анализ различных методов лечения гипертензивных внутримозговых гематом // *Неврол. вестник*. 2008. Т. XL, вып. 3. С. 95–98.
8. Елфимов А.В., Спиринов Н.Н., Сквородников Б.И. и др. Анализ результатов хирургического лечения инсультных внутримозговых гематом // *Нейрохирургия*. 2008. № 2. С. 25–30.
9. Крылов В.В., Буров С.А., Галанкина И.Е. и др. Локальный фибринолиз в хирургии внутричерепных кровоизлияний // *Нейрохирургия*. 2006. № 3. С. 4–12.
10. Крылов В.В., Буров С.А., Галанкина И.Е. и др. Пункционная аспирация и локальный фибринолиз в хирургии внутричерепных кровоизлияний // *Журнал неврологии и психиатрии*. 2008. № 10. С. 26–30.
11. Новикова Л.Б., Мустафин М.С., Гехтман А.Б. Оптимизация хирургического лечения геморрагического инсульта в условиях многопрофильного стационара // *Международный неврологический журнал*. 2010. № 4 (34). С. 41–46.
12. Cho D.Y., Chen C.C., Chang C.S. Endoscopic surgery for spontaneous basal ganglia hemorrhage: comparing endoscopic surgery, stereotactic aspiration, and craniotomy in noncomatose patients // *Surg. Neurol.* 2006. Vol. 65, No. 6. P. 547–555.

Поступила в редакцию 30.03.2012.

EXPERIENCE IN APPLICATION OF PUNCTURE ASPIRATION REMOVAL OF NONTRAUMATIC INTRACEREBRAL HEMATOMAS COMBINED WITH LOCAL FIBRINOLYSIS

R.N. Akhmadiev¹, V.E. Banashkevich², R.I. Totorkulov¹, V.V. Ryabusheva²

¹ Vladivostok Clinical Hospital No. 2 (57 Russkaya St. Vladivostok 690105 Russia), ² Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia)

Summary – The paper summarizes the experience of puncture aspiration removal of non-traumatic hypertensive intracerebral hematomas and local fibrinolysis in 15 patients and highlights the high efficiency of this method to treat non-traumatic intracerebral hematomas in comparison with the traditional encephalotomies. This method can be used in the neurosurgical hospital departments, given the 24-hour computer tomography and required fibrinolytic drugs.

Key words: intracerebral bleeding, puncture removal, local fibrinolysis.

Pacific Medical Journal, 2012, No. 4, p. 90–92.

УДК 616.721.6- 085.814.1: 615.275.3

ФАРМАКОПУНКТУРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТА ПРИ СПОНДИЛОАТРОЗЕ

П.Ю. Пономарев, Г.И. Суханова

Владивостокский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Ключевые слова: спондилоартроз, фармакопунктура, хондроитина сульфат.

Обследовано 35 пациенток в возрасте 48–62 лет со спондилоартрозом поясничного отдела позвоночника на фоне дорсопатии, получавших хондроитин сульфат методом фармакопунктуры и внутримышечно (контроль). Показано, что фармакопунктурный способ введения позволяет купировать болевые и мышечно-тонические проявления значительно быстрее, отказаться от приема нестероидных противовоспалительных препаратов или значительно снизить их дозу. Частота побочных эффектов при фармакопунктуре сопоставима с внутримышечным применением хондроитина сульфата, побочные эффекты незначительно выражены и не требуют отмены терапии.

Широкое распространение дегенеративных заболеваний позвоночника [3, 6] обязывает к разработке эффективных инновационных мер, направленных на торможение

прогрессирования патологии и улучшения прогноза по трудоспособности и качеству жизни. Хондропротекторы, в частности, наиболее исследованный при спондилоартрозе хондроитина сульфат (ХС), являются основной группой лекарственных средств метаболического действия с доказанной эффективностью при дегенеративной патологии опорно-двигательного аппарата, однако медленный темп развития эффекта, отсутствие прямого обезболивающего и противовоспалительного действия не позволяют использовать ХС для монотерапии [1, 5, 8, 12]. Применение инъекционных хондропротекторов для фармакопунктуры дает возможность добиваться не только улучшения прогноза и отсроченного анальгетического эффекта, но и немедленной анальгезии, миорелаксирующего и противовоспалительного действия за счет включения механизмов рефлексотерапии [2, 4, 7, 10–12].

Пономарев Павел Юрьевич – аспирант кафедры госпитальной терапии и физиопульмонологии ВГМУ; e-mail: indapamide@mail.ru

Цель исследования: сравнительный анализ эффективности и безопасности фармакопунктурного и внутримышечного путей введения ХС при спондилоартрозе.

Материал и методы. Обследованы 35 пациенток Клиники восточной медицины в возрасте 48–62 лет с диагнозом: «Дорсопатия. Люмбалгия. Спондилоартроз поясничного отдела позвоночника (рентгенологически 1–2-я стадия)». Пациентки разделены на две группы: 1-я группа (17 человек) – контрольная, получавшая ХС внутримышечно;

2-я группа (18 человек) – введение ХС авторским методом фармакопунктуры в паравертебральные точки по локально-сегментарному принципу (канал мочевого пузыря от BL 11 до BL 30), отдаленные точки по канальной зависимости (BL 40, 57, 59, 60) и точки общего действия (ST 36, LI 10, 11).

Использовался препарат ХС «Хондролон» в дозе 400 мг на 1 введение, 20 инъекций через день (наблюдение длилось 39 дней). Кроме ходропротектора пациентки обеих групп имели возможность получать местные и резорбтивные формы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в индивидуальных эффективных дозах (ИЭД) в зависимости от интенсивности болевого синдрома и степени ограничения физической активности.

Ежедневно, до приема НПВП в данные сутки, анализировались следующие показатели [9]:

1. Динамика интенсивности боли (ИБ) по визуальной аналоговой шкале (в баллах);

2. Симптом Томайера как показатель мышечного тонуса – функциональная проба на поясничный отдел позвоночника (в см);

3. Необходимость приема системных НПВП и величина их ИЭД. Последняя с целью статистической обработки данных из абсолютных весовых показателей переводилась в условные единицы: 1 усл.ед. соответствовала средней разовой дозе различных НПВП (50 мг диклофенака или 100 мг нимесулида, или 60 мг эторикоксиба, или 75 мг кетопрофена).

4. Частота побочных эффектов.

Для оценки статистической достоверности результатов исследования были использованы критерий Стьюдента с привлечением F-критерия Фишера для установления равенства дисперсий малых выборок.

Результаты исследования. Достоверное изменение интенсивности болевого синдрома непосредственно после первой процедуры введения ХС зарегистрировано только у пациенток 2-й группы (рис. 1). За период наблюдения динамика ИБ по визуальной аналоговой шкале в группах статистически значимо различалась (рис. 2): более выраженное ее снижение (более чем в 4 раза за 1-ю неделю лечения) зарегистрировано во 2-й группе: от $8,2 \pm 0,2$ до $1,65 \pm 0,04$ балла.

Среди представителей 1-й группы пределах 1-й недели наблюдения не отмечено достоверного снижения ИБ, лишь к концу 3-й недели лечения ИБ несколько снизилась (от $8,6 \pm 0,2$ до $6,9 \pm 0,1$ балла). Стабилизация

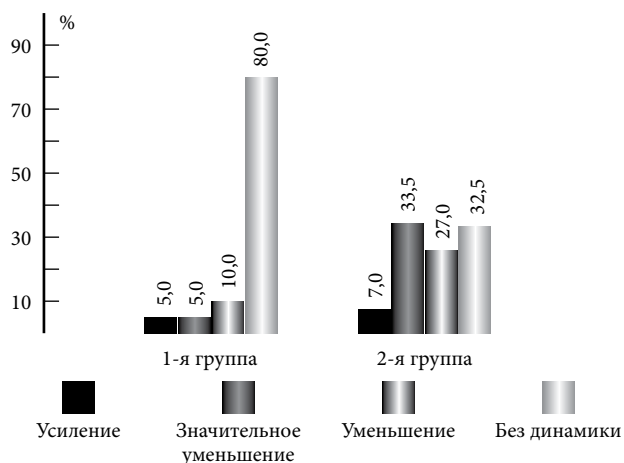


Рис. 1. Характер изменения ИБ после первой процедуры введения ХС по субъективному ощущению пациенток.

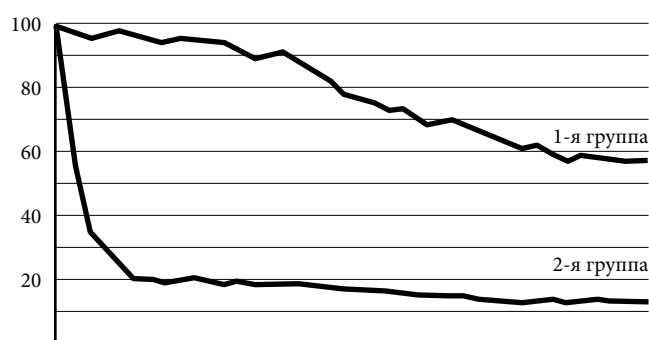


Рис. 2. Динамика ИБ (в % от исходной): различие достоверно ($t > 3$) по всем точкам (кроме исходной) при равенстве дисперсий ($F < 3,5$).

этого показателя на уровне около 55% от исходного ($4,7 \pm 0,1$ балла) при внутримышечном применении ХС отмечена к 6-й неделе наблюдения.

Динамика мышечно-тонического синдрома (по выраженности симптома Томайера) во многом повторяла таковую для ИБ: значительное снижение выраженности во 2-й группе в течение 1-й недели лечения (с $35,0 \pm 9,0$ до $3,8 \pm 0,04$ см). Достигнутый эффект без значимых колебаний сохранялся до конца исследования. В 1-й группе выраженность симптома Томайера колебалась в широких пределах, что обуславливало меньшую достоверную вероятность различий. За время наблюдения она снизилась на 35% от исходного (от $37,5 \pm 8,4$ до $24,3 \pm 7,65$ см).

Рассматривая такой важнейший показатель эффективности терапии, как ИЭД НПВП, констатируется высокая эффективность фармакопунктуры в первые 3 суток лечения: ИЭД НПВП во 2-й группе составила порядка 50% от исходной ($0,85 \pm 0,03$ от $1,70 \pm 0,04$ усл.ед.). К концу срока наблюдения ИЭД плавно снижалась и достигала 12% от исходной ($0,20 \pm 0,01$ усл.ед.). Контрольная группа продемонстрировала более медленное снижение ИЭД НПВП, начавшееся лишь со 2-й недели наблюдения. Конечный показатель составил 65% от исходного ($1,25 \pm 0,03$ от $1,90 \pm 0,05$ усл.ед.).

Выявленные побочные эффекты хондропотектора во всех случаях носили преходящий характер и ни в

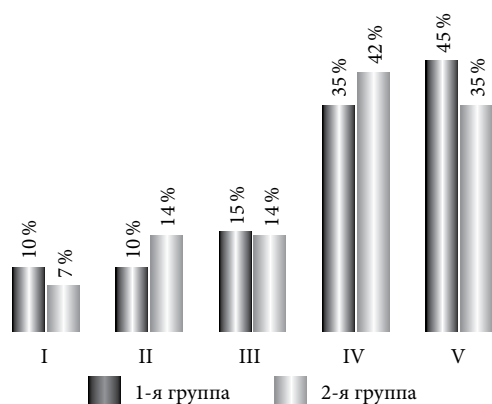


Рис. 3. Частота побочных эффектов при лечении ХС:

I – аллергический дерматит, II – головная боль, III – нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, IV – боль в месте инъекции, V – кровоизлияние в месте инъекции.

одном случае не потребовали прекращения терапии: значимого различия в частоте их возникновения в группах не отмечено (рис. 3).

Обсуждение полученных данных. Достоверное изменение интенсивности болевого синдрома после первой фармакопунктуры – яркий пример немедленного анальгетического эффекта, аналогичного тому, который наблюдается при других методах рефлексотерапии остеоартроза [7]. Медленное же снижение ИБ при внутримышечном применении ХС подтверждается и данными литературы [5, 8]. Анальгетический эффект фармакопунктуры с ХС в пределах 39 дней от начала терапии был не только более быстрым, но и более полным по сравнению с введением препарата внутримышечно. Можно сделать вывод, что фармакопунктура ведет к достоверно более быстрому купированию мышечного гипертонуса и улучшению качества жизни пациентов.

Показанная в настоящем исследовании возможность отказа от приема системных НПВП либо снижения их дозы уже в первые дни лечения – важное преимущество фармакопунктурного пути введения перед внутримышечным, обеспечивающее снижение лекарственной нагрузки, риска возникновения побочных эффектов и уменьшение стоимости терапии спондилоартроза.

Частота побочных эффектов при использовании ХС, зарегистрированная в нашем исследовании, в целом соответствуют данным литературы [5]. Как фармакопунктурный, так и внутримышечный путь введения хондропротекторов относится к весьма безопасным воздействиям с минимальным риском. Следует выяснять у пациента о гиперчувствительности к хондропротекторам и местным анестетикам перед первым введением и, при необходимости, проводить аллергологическое обследование в установленном порядке.

Уменьшение ИБ и выраженности симптома Томайера, которым сопутствует снижение ИЭД НПВП, – свидетельство уменьшения интенсивности воспаления, что следует расценить как дополнительное воздействие рефлексотерапии при фармакопунктурном пути введения.

Выводы

1. Фармакопунктурный способ введения ХС при спондилоартрозе позволяет купировать болевые и мышечно-тонические проявления быстрее, нежели при использовании классического способа лечения.

2. Применение фармакопунктуры позволяет отказаться от приема системных НПВП или значительно снизить их дозу в ранние сроки терапии (3–5 дней).

3. Частота побочных эффектов при фармакопунктуре сопоставима с внутримышечным применением ХС, побочные эффекты незначительно выражены и не требуют отмены терапии.

Литература

1. Бадюкин В.В. Медикаментозная терапия первичного (идиопатического) остеоартроза // РМЖ. 2003. № 11. С. 243–245.
2. Богданов Н.Н. Аурикулярная рефлексотерапия пояснично-крестцового радикулита. Л.: СПРУ ФВЛ, 1991. 92 с.
3. Дамулин И.В., Семенов П.А. Боли в спине: клинические и лечебные аспекты // Тер. архив. 2009. № 6. С. 78–82.
4. Игнатов Ю.Д., Качан А.Т., Васильев Ю.Н. Акупунктурная анальгезия. Л.: Медицина, 1990. 251 с.
5. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз: практическое руководство. Киев: Морион, 2003. 448 с.
6. Насонова В.А. Боль в нижней части спины – большая медицинская и социальная проблема, методы лечения // Consilium Medicum. 2004. № 6 (8). С. 24–31.
7. Пономарев П.Ю., Суханова Г.И. Опыт использования новой методики рефлексотерапии в лечении двух больных с сочетанным заболеванием – бронхиальной астмой, аллергическим ринитом и гонартрозом // Тихоокеанский мед. журнал. 2012. № 1. С. 118–120.
8. Чернышева Т.В., Багирова Г.Г. Двухлетний опыт применения хондролон при остеохондрозе позвоночника // Казанский медицинский журнал. 2009. № 3. С. 347–353.
9. Bellamy N. Pain measurement // Musculoskeletal clinical metrology. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1993. P. 65–76.
10. Dongwoo N. A systematic review of randomized controlled trials on acupuncture treatment for low back pain based on FEAS // The 15th ICOM. Abstracts. Chiba – Tokyo, 2010. P. 260.
11. Ponomarev Yu. V., Glukhova E. Z., Ponomarev P. Yu., Ponomarev A. Yu. 20-years experience of application of acupuncture in a surgical hospital // The 14th ICOM: Abstracts. Taipei, 2007. P. 44–45.
12. Ponomarev Yu. V., Ponomarev P. Yu., Sukhanova G. I. Innovative technique of low back pain treatment with pharmacopuncture of chondroprotectors // The 15th ICOM: Abstracts. Chiba – Tokyo, 2010. P. 105.

Поступила в редакцию 10.05.2012.

PHARMACOPUNCTURE WITH CHONDROITIN SULPHATE IN CASE OF SPONDILOARTROSIS

P. Yu. Ponomarev, G. I. Sukhanova

Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia)

Summary – The paper reviews the experience of examination of 35 patients aged 48 to 62 years with spondyloarthritis of lumbar spine against the dorsopathy treated with chondroitin sulphate by means of pharmacopuncture and intramuscularly (control group). The pharmacopuncture allows arresting the pain and muscular tonic manifestations much faster, withdrawing from non-steroid anti-inflammatory drugs or considerably titrating their dose down. When applying the pharmacopuncture, the rate of side effects correlates to the intramuscular infusion of the chondroitin sulphate. The side effects are inconsiderable and do not require withdrawing the therapy.

Key words: spondyloarthritis, pharmacopuncture, chondroitin sulphate.