

РЕЗЮМЕ

Обсуждается проблема увеличения выживаемости эндопротезов тазобедренного сустава. Описываются различия между медицинскими системами различных стран в отношении абсолютных и относительных противопоказаний к эндопротезированию тазобедренного сустава, приводятся эпидемиологические данные относительно выживаемости эндопротезов в этих странах на основании литературных источников и данных национальных артропластических регистров. Приводятся сведения российских и зарубежных исследований о медико-биологических, социальных и организационных факторах, влияющих на вероятность возникновения потребности в ревизионном эндопротезировании. Приводится клинический пример, демонстрирующий возможность достижения семилетней выживаемости эндопротеза в результате комплексного консервативного лечения после тотального эндопротезирования у больной с системной красной волчанкой, осложненной двусторонним асептическим некрозом головки бедренной кости.

Ключевые слова: эндопротезирование тазобедренного сустава, реэндопротезирование, ревизионное эндопротезирование, выживаемость эндопротеза, регистр эндопротезирования тазобедренного сустава, качество, факторы риска, терапия.

ABSTRACT

The article is dedicated to the tissue of total hip endoprosthesis survival rate, as well as medico-biological, social and organizational factors influencing it and possible routes towards improvement of endoprosthesis survival. Differences between healthcare systems of various countries in regards to relative and absolute contraindications for total hip arthroplasty are described, epidemiological data concerning hip endoprosthesis survival rates in different countries based on literature data and hip arthroplasty register reports (where available) is provided. Information from Russian and international sources concerning medico-biological, social and organizational factors influencing the probability of revision hip arthroplasty is discussed. A clinical case where successful seven year endoprosthesis survival was achieved by means of complex conservative treatment in a THA patient with severe autoimmune pathology and AVN is provided.

Keywords: total hip arthroplasty, reoperation, revision arthroplasty, endoprosthesis survival, hip arthroplasty registers, quality, risk factors, therapy.

Контакты:

Волков Евгений Егорович. E-mail: volkov@femurhead.ru

ВЛИЯНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ II–III СТАДИИ

УДК 615.814.1:616.831-005

Гань Цзюньда: аспирант кафедры нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ФППОВ, врач-рефлексотерапевт;

Наприенко М.В.: старший научный сотрудник лаборатории по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов НИЦ, д.м.н.;

Михайлова А.А.: профессор кафедры нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ФППОВ, д.м.н. ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ, г. Москва, Россия

EFFECT OF ACUPUNCTURE ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DYSCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY STAGE II–III

Gan' Czjun'da; Naprienko MV; Mihajlova AA

Введение

Распространенность хронических цереброваскулярных заболеваний (ХЦВЗ) в мире определяется как повсеместная проблема, оказывающая существенное влияние на показатели здоровья населения, продолжительность жизни и смертность [1, 1, 2, 4].

Основными особенностями пациентов пожилого и старческого возраста являются: наличие инволюционных функциональных и морфологических изменений со стороны различных органов и систем, наличие двух и более заболеваний у одного пациента, хроническое течение заболеваний, атипичность клинических про-

явлений заболеваний, наличие «старческих» болезней, изменение социально-психологического статуса. [5].

Актуальность проблемы дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) определяется ее социальной значимостью: неврологические и психические расстройства при этой патологии могут быть причиной тяжелой инвалидизации больных [6, 6, 8]. Из этого следует, что профилактика и лечение ДЭ является сложной медико-социальной проблемой, особенно у лиц пожилого возраста.

Одним из наиболее важных направлений современной медицины являются исследования в области качества жизни (КЖ) пациентов [9]. Опросники для оценки симптомов являются частью большой группы инструментов, предназначенных для получения оценок, данных пациентами [9].

Медикаментозные методы лечения ДЭ, несмотря на их видимое разнообразие, в большинстве своем недостаточно эффективны, имеют побочные эффекты, что не позволяет добиться кардинального изменения течения большинства видов ДЭ. При этом всё большее значение приобретают немедикаментозные методы лечения, в том числе, рефлексотерапия (РТ), эффективность применения которой недостаточно освещена в современной научной литературе, что и явилось основанием для проведения нашего исследования.

Цель работы: Разработка дифференцированных методик рефлексотерапии в сочетании с традиционной фармакотерапией и лечебной физкультурой и проведение комплексной оценки состояния больных с дисциркуляторной энцефалопатией, протекающей на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы

Обследовано 115 больных пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) II-III стадии, страдающих остеохондрозом шейного отдела позвоночника (ОШОП). Все пациенты находились на амбулаторном и стационарном лечении. Методом случайной выборки пациенты были разделены на 2 группы: основную (ОГ), пациенты которой получали комплексное лечение: общепринятая фармакотерапия, ЛФК, рефлексотерапия и контрольную (КГ) лечение в которой ограничивалось общепринятой фармакотерапией и ЛФК. В ОГ были включены 61 пациент в возрасте 64–72 лет ($68 \pm 4,4$ года) из них 23 – мужчин, 38 – женщин, в КГ 54 пациента в возрасте 65–73 лет ($69 \pm 3,6$ года), из них 18 мужчин и 36 женщин. Длительности заболевания составила в среднем ($7,9 \pm 1,6$ лет) в ОГ и ($6,9 \pm 2,1$) в КГ.

Больные предъявляли жалобы на головные боли, преимущественно шейно-затылочной локализации, системные и несистемные головокружения, сопровождающейся тошнотой, неустойчивостью при ходьбе, снижение памяти, снижение работоспособности. В неврологическом статусе выявлялась очаговая симптоматика (положительные рефлексы орального автоматизма, небольшая анизорефлексия, положительная проба Ромберга, миофациальный синдром). При МРТ у больных выявлены изменения, характерные для ДЭ II–III ст. УЗДГ БЦА показала снижение кровотока по позвоночным артериям. Для определения качества жизни использовали опросник С.А. Шаповалова «Изменение качества жизни в связи с заболеванием» [9, 9]. Также проводилось клинико-психологическое обследование, рентгенография шейного отдела позвоночника, лабораторные методы исследования (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови). Для лечения использовались лекарственные средства из следую-

щих основных групп: ноотропные препараты, корректоры мозгового кровообращения, антидепрессанты, статины, антиагреганты. Лечебный комплекс включал физические упражнения для мелких и средних мышечных групп и суставов, упражнения на расслабление мышц шеи, плечевого пояса, верхних конечностей, маховые движения руками. У пациентов ОГ применялась корпорально-аурикулярная РТ и Су-Джок терапия по зонам соответствия. На 1-м этапе лечения (3–4 недели) из корпоральных точек – VB20, T20, T24, E3, E4, E36, Gl15, Gl11, MC5, MC6, MC7, C3, C7; из аурикулярных – AT25, AT37, AT34, AT21, AT127 (номенклатура Paul Nogier,) и Су-Джок терапия: точка головного мозга, точка шейного отдела позвоночника, точка печени (по системе соответствия Park Jae Woo). На 2-м этапе (2–3 недели) применяли точки, в зависимости от доминирующего синдрома: цефалгический (VG20, E8 и др.) и кохлео-вестибулярный (VB2, TR21 и др.), а также при наличии остаточных явлений перенесенного инсульта в виде двигательных и речевых нарушений (VG26, E2 и др.). Для воздействия на патологический двигательный синдром использовали точки акупунктуры локально-сегментарного действия. При шейных радикулярных синдромах по седативной методике на стороне боли были применены: точки акупунктуры – Gl4, TR5 и др.

Результаты и их обсуждение

У больных обеих групп произошла достоверная ($p < 0,05$) положительная динамика. В основной группе положительная динамика была более выраженная на 8,3%. У больных ДЭ с остеохондрозом шейного отдела позвоночника отмечается выраженное снижение качества жизни, при этом наблюдается ухудшение показателя физической активности по мере нарастания степени ОШОП (Рис. 1).

Проведен анализ результатов анкетирования больных для оценки нарушений в сферах физической, психической и социальной активности, а также влияние проведенного лечения на изменение их качества жизни. По окончании курса лечения у всех больных и в ОГ и в КГ отмечено статистически достоверное ($p < 0,05$) улучшение самооценки своего физического состояния (на $30,0 \pm 12,7\%$ и $17,3 \pm 19,2\%$, соответственно). Статистически значимо ($p < 0,05$) этот показатель выше у больных ОГ. Уменьшение эмоциональных и когнитивных нарушений, снижение социальной активности наблюдалось в обеих группах обследуемых, степень этих изменений можно расценить как статистическую тенденцию. Таким образом, в обеих группах субъективное ощущение качества жизни повысилось. И в ОГ и в КГ отмечено статистически достоверное ($p < 0,05$) улучшение общего балла по опроснику качества жизни (на $26,1 \pm 16,0\%$ и $16,4 \pm 11,3\%$ соответственно). Однако больные ОГ ощущали большее на 9,7% повышение качества жизни по сравнению с пациентами КГ. Различия достигли статистически значимого уровня ($p < 0,05$). (Рис. 2)

Была выявлена статистически достоверная ($p < 0,5$) средней силы линейная обратная корреляция выраженности динамики общего балла по опроснику самооценки изменений основных сфер качества жизни с возрастанием стадией и ДЭ и ОШОП, и наличием депрессивно-ипохондрического синдрома. Отмечается меньшая корреляция динамики симптомов ОШОП со стадией ОШОП в контрольной группе.

В качестве предикторов эффективности терапии можно назвать: степень ДЭ, степень ОШОП. При этом отмечается менее выраженная на $-0,24$ корреляция

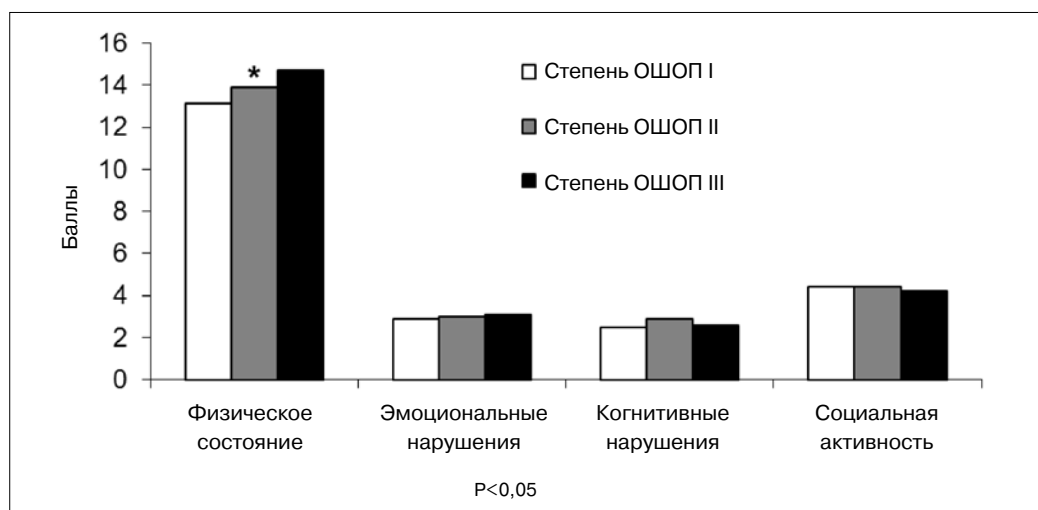


Рис. 1. Самооценка изменений основных сфер качества жизни в зависимости от стадии ОШОП/

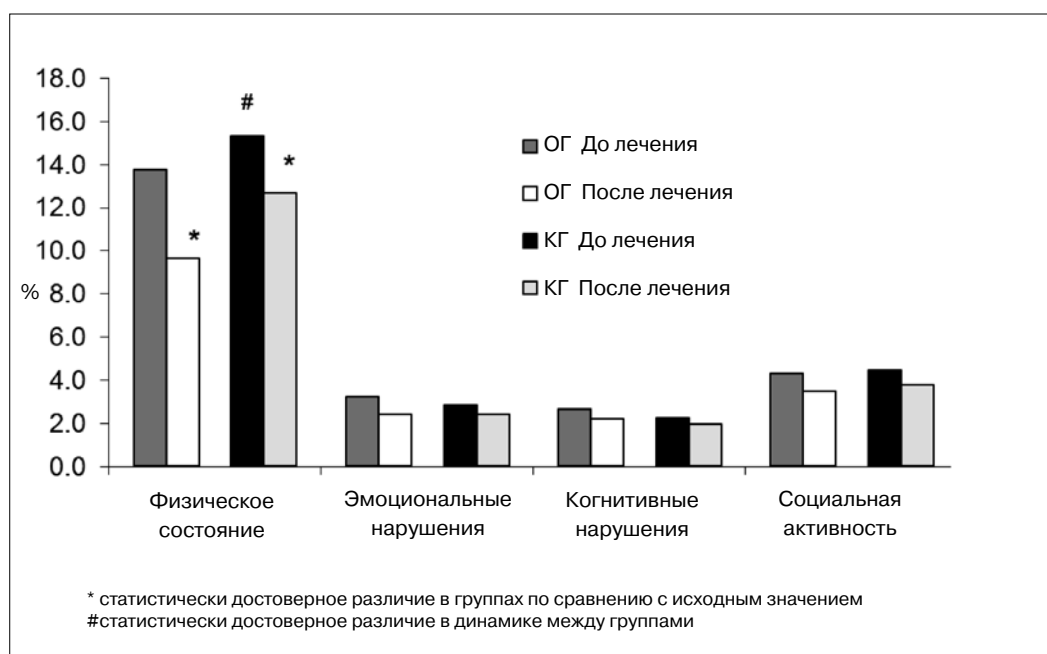


Рис. 2. Самооценка изменений основных сфер качества жизни пациентами основной и контрольной группы.

динамики симптомов ОШОП со стадией ОШОП в контрольной группе, что может объясняться меньшей на 8,3% эффективностью терапии патологии позвоночника в этой группе.

Наличие депрессивно-ипохондрического синдрома служит отрицательным предиктором для купирования субъективной симптоматики, в то же время динамика данных объективного осмотра не коррелирует с клинико-психологическим состоянием больных.

Церебральный атеросклероз и ОШОП давно известны в качестве состояний, каждое из которых служит причиной хронической ишемии головного мозга. Однако вклад ОШОП в развитие ДЭ смешанного генеза до настоящего времени изучен недостаточно. На основании анализа полученных нами данных можно отметить, что по мере увеличения степени ОШОП статистически достоверно снижалось значение пиковой систолической скорости кровотока в правой и левой позвоночных артериях. Также в зависимости от нарастания степени ОШОП

отмечено увеличение тяжести субъективных и объективных симптомов, типичных не только для ОШОП, но и характерных для ДЭ, независимо от ее этиологии. Кроме того, по мере нарастания степени ОШОП наблюдается снижение качества жизни, в основном за счет показателя физической активности, то есть вклад ОШОП в развитии объективных симптомов ДЭ смешанного генеза можно считать доказанным. Подтверждением этого служит умеренной силы обратная корреляция степени ОШОП с положительной динамикой в процессе лечения.

Положительное влияние РТ в данном случае имеет теоретическое обоснование. Так существует мнение [11], что положительные эффекты рефлексотерапии основаны на единстве функциональной и пространственной организации соматических и висцеральных взаимоотношений. Поэтому с помощью афферентных сигналов с определенных участков поверхности тела осуществляется корректирующее влияние на центры регуляции функций внутренних органов и систем, а

также оказывается воздействие на соотношения активностей различных нейрохимических процессов, как в отдельных структурах мозга, так и в комплексе мозговых образований, осуществляющих данную системную функцию. Кроме того, по мнению ряда авторов имеются основания вести речь о том, что акупунктура сама обладает хондропротекторным действием, за счет чего и способствует обратному развитию болезни [12]. Наряду с антиноцицептивным и миорелаксирующим эффектами она способствует улучшению трофики и обменных процессов в пораженных позвоночно-двигательных сегментах [13]. Также рефлексотерапия активно воздействует на лимбическую систему, чем объясняется ее способность регулировать эмоциональные реакции и гормональные сдвиги. Во многом благодаря этому механизму у больных, получающих иглоукалывание, улучшаются самочувствие, настроение, уменьшаются признаки тревоги и депрессии [14]. Параллельно под действием рефлексотерапии активируется и таламус. Данный процесс в первую очередь имеет отношение к проблеме алгии. Хвостатое ядро таламуса, где происходит интеграция афферентных импульсов от болевых зон, некоторые авторы относят к специфическим антиболевым систе-

мам мозга [15]. Помимо купирования боли, акупунктура подавляет продукцию опиоидных и неопиоидных пептидов – вазопрессина, окситоцина, АКТГ, с избыточной выработкой которых связывают не только адаптивные, но и нежелательные вегетативные проявления, нередко возникающие при болевых реакциях [16].

По окончании курса комплексного лечения с применением рефлексотерапии, значительное улучшение было достигнуто у 13 (21,3%) больных ОГ – и у 7 (13,0%) КГ; улучшение получено у 39 (63,9%) и 30 (55,6%), незначительное улучшение наблюдалось 6 (9,8%) и 14 (25,9%), не было изменений у 3 (4,9 %) и 3 (5,6%). В обеих исследуемых группах улучшений в состоянии не отмечалась у больных с ДЭ III стадии с повторными инсультами в анамнезе и выраженными когнитивными нарушениями. (Рис. 3) (Рис. 4)

Индекс эффективности терапии был выше в ОГ ($2,0 \pm 0,7$) по сравнению с КГ ($1,8 \pm 0,8$). Различия находились на уровне статистической тенденции ($p=0,07$). Чувствительность сравнения (P) в данном случае достигает 0,26, т.е. нельзя исключить, что при большем объеме выборки различия в величине индекса эффективности терапии достигнут статистически значимого уровня.

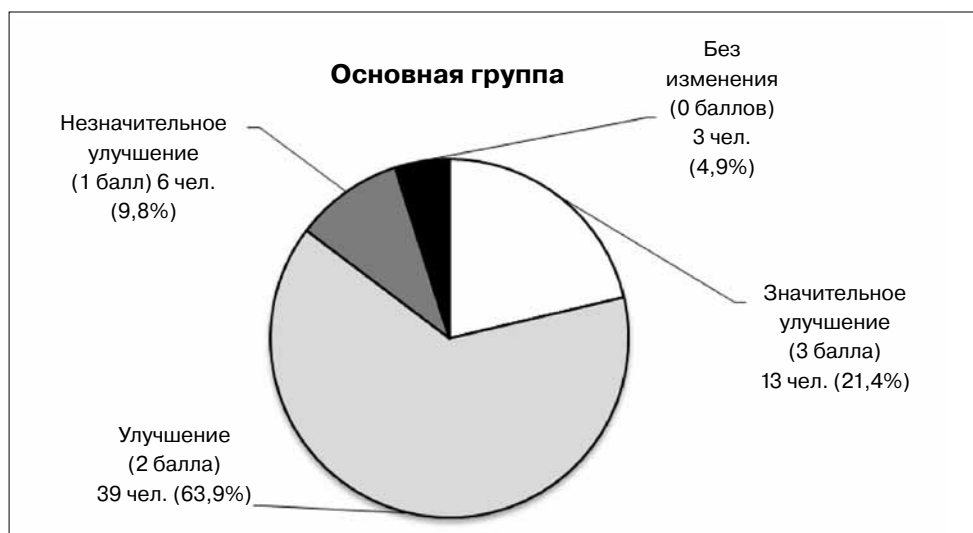


Рис. 3. Оценка эффективности терапии у больных основной группы.

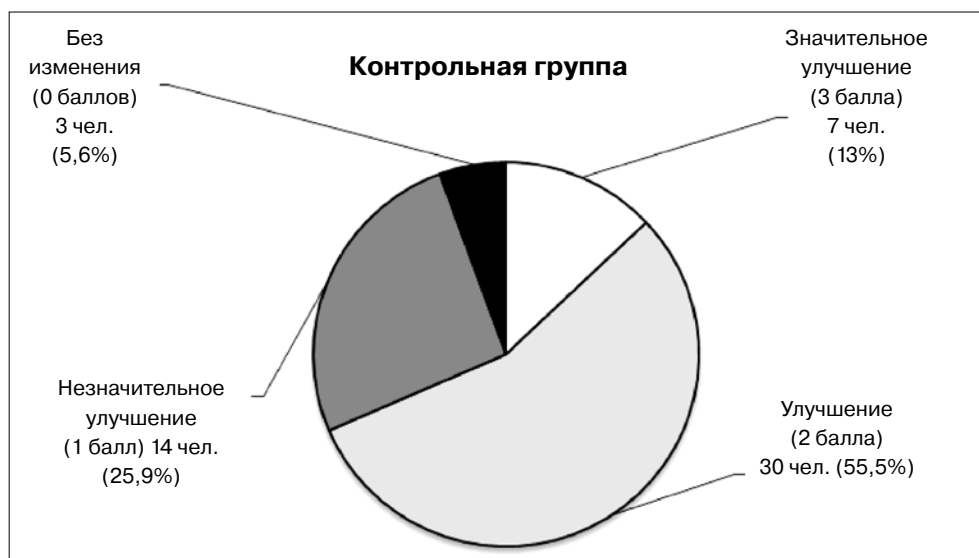


Рис. 4. Оценка эффективности терапии у больных контрольной группы.

В зависимости от нарастания степени ОШОП можно наблюдать увеличение тяжести субъективных и объективных симптомов, типичных не только для ОШОП, но и характерных для ДЭ, независимо от ее этиологии, т.е. вертеброгенные причины в значительной степени обуславливают механизмы дисциркуляции в вертебробазилярном бассейне головного мозга и являются факторами, играющими немалую роль в возникновении хронических цереброваскулярных нарушений. Имеется прямая зависимость тяжести симптомов ДЭ и качества жизни больных от тяжести поражения шейного отдела позвоночника.

Таким образом, комплексная терапия больных ДЭ смешанного генеза, включающая общепринятое медикаментозное лечение, ЛФК с ДЭ и предложенную мето-

дику РТ, позволила получить более высокий клинический эффект по сравнению с традиционной медикаментозной терапией.

Выводы

1. Комплексная терапия с применением рефлексотерапии, фармакопрепаратов, ЛФК имеет преимущество в улучшении качества жизни больных перед фармакотерапией в сочетании с ЛФК.
2. При рефлексотерапии большое внимание следует уделять точкам, влияющим на патологию шейного отдела позвоночника.
3. Применение рефлексотерапии в комплексном лечении больных с ДЭ позволило в 1,8 раза улучшить показатель их качества жизни за счет преобладающего влияния на сферу физического состояния.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шапаренова Н.В. Реабилитация неврологических больных. // Москва, МЕДпресс-информ, – 2009г. – С.560.
2. Манвелов Л.С. Легкие и умеренные изменения когнитивных функций при хронических сосудистых заболеваниях головного мозга. // Врач. – 2008. – № 7. – С. 70–73.
3. Одинак М.М. Нарушение когнитивных функций при сосудистых поражениях головного мозга в практике военного невролога. // Военно-медицинский журнал. – 2009г. – Т. 330 – № 4. – С. 32–40.
4. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А. Деменция // Руководство для врачей. Москва: МЕДпресс-информ – 2010 г. – С. 15–34.
5. Разумов А.Н., И.П.Бобровицкий, В.А.Пономаренко. Восстановительная медицина как новое направление медицинской науки и практического здравоохранения. // Учебник по восстановительной медицине. Москва. – 2009 г. – С.7.
6. Бугрова С.Г. Коррекция когнитивных и нейромедиаторных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии. // Врач. № 4 – 2009 г. – С. 53–54.
7. Григорьева В.Н. Нарушение памяти при сосудистых поражениях головного мозга // Медицинский альманах. – 2011. – № 1 – С. 63–64.
8. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Нервные болезни // Учебное пособие. – 4-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, – 2010г. – С. 560.
9. Афанасьева Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем // Качественная клиническая практика. – 2010 г. – №1 – с. 36–38.
10. Новик А.А., Ионова Т.И., Калядина С.А., Никитина Т.П., Федоренко Д.А., Курбатова К.А. Методологические стандарты разработки новых инструментов оценки симптомов в клинической медицине. // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни. – 2010г. – №15–16 – С. 6–11.
11. Агасаров Л.Г., Быстрова О.Е. Вопросы традиционной медицины. // Сборник материалов межрегионального научно-практической конференции. – Уфа. – 2008г. – С. 8–13.
12. MacPherson H, Nahin R, Paterson C, Cassidy CM, Lewith GT, Hammerschlag R. Developments in acupuncture research: big-picture perspectives from the leading edge. // J Altern Complement Med. – 2008 Sep;14(7): 883–7.
13. Hutchinson AJ, Ball S, Andrews JC, Jones GG. The effectiveness of acupuncture in treating chronic non-specific low back pain. // J Orthop Surg Res. – 2012 Oct 30; – №1186/1749-799X-7-36.
14. Zhang H, Zhao L, Yang S, Chen Z, Li Y, Peng X, Yang Y, Zhu M. Clinical observation on effect of scalp electroacupuncture for mild cognitive impairment. // J Tradit Chin Med. – 2013 Feb; 33 (1): 46–50.
15. Xu S., Wang L., Cooper E., Zhang M., Manheimer E., Berman B., Shen X., Lao L. Adverse events of acupuncture // Evid Based Complement Alternat Med. Epub – 2013 Mar 20 doi: 10.1155/2013/581203
16. Park J, Linde K, Manheimer E, Molsberger A, Sherman K, Smith C, Sung J, Vickers A, Schnyer R. The status and future of acupuncture clinical research. // J Altern Complement Med. – 2008 Sep;14 (7):871–81.

РЕЗЮМЕ

В данной работе рассмотрено динамическое наблюдение 115 больных пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией II–III стадии, страдающих остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Пациенты были разделены на 2 группы: основную, в которой проводилось комплексное лечение: общепринятая фармакотерапия, ЛФК, рефлексотерапия и контрольную – лечение ограничивалось общепринятой фармакотерапией и ЛФК. Изучена эффективность лечения по данным клинических наблюдений и опроснику качества жизни. Полученные данные свидетельствуют о том, что комплексная терапия с рефлексотерапией и ЛФК значительно эффективнее (в 1,8 раза) и способствует улучшению качества жизни по сравнению с контрольной группой пациентов.

Ключевые слова: рефлексотерапия, дисциркуляторная энцефалопатия, когнитивные нарушения, качество жизни, остеохондроз шейного отдела позвоночника.

ABSTRACT

The dynamic of 115 elder patients with II–III stage dyscirculatory encephalopathy and osteochondrosis of spinal cervical region were observed. The patients were divided into 2 groups: the basic group in which they received combined treatment: standard pharmacotherapy, physiotherapy exercises, reflexotherapy; and control group in which the patients got standard pharmacotherapy and physiotherapy exercises. Based on the clinical observations and the quality of life questionnaire the efficiency of the treatment was assessed. The received data have demonstrated that the complex therapy which included reflexotherapy and physiotherapy exercises significantly improves the quality of life (1,8 times better) compared to the data of the control group.

Keywords: reflexotherapy, dyscirculatory encephalopathy, cognitive disorder, quality of life, cervical osteochondrosis.

Контакты:

Гань Цзюньда. E-mail: doctorgan@presidentclinic.ru