

7. Шилов А.М., Мельник М.В., Чубаров М.В., Грачев С.П., Бабченко П.К. Нарушение функции внешнего дыхания у больных с хронической сердечной недостаточностью // РМЖ. – 2004. – №15. – С. 912–917.

8. Chua T.P., Ponikovski P., Harrington D. The ventilatory response to exercise and its clinical correlates in chronic heart failure // Am. J. Cardiol. – 1996. – №17. – P. 214.

9. Witt C., Borges A.C., Naake H. Respiratory muscle weakness and normal ventilatory drive in dilative cardiomyopathy // Eur. Heart J. – 1997. – №18. – P. 1322–1328.

Адрес автора

К.м.н. Сапожников М.Ю.

Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом лучевой диагностики Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары.
michels2@rambler.ru

АКУПУНКТУРНАЯ АНАЛГЕЗИЯ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ СИНДРОМАХ

Цзи Юйбо, А.Т. Качан, А.С. Никищенкова, П.Г. Гузалов, С.Н. Жулев, Н.М. Жулев
ГБОУ ВПО СЗГМУ им. Мечникова Министерства здравоохранения и социального развития России (г. Санкт-Петербург)

Acupuncture analgesia for the treatment of compression neuromuscular syndromes

Ji Yubo, A.T. Kachan, A.S. Nikischenkova, P.G. Guzalov, S.N. Zhulev, N.M. Zhulev
Northwestern State University named after I. Mechnikov (Russia, St. Petersburg)

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются методики акупунктурного лечения компрессионных невропатий. Особое внимание отведено иглоанальгезии, как одному из наиболее эффективных нелекарственных методов лечения. Также в статье описываются механизмы акупунктурного обезболивания и рекомендуемые лечебные программы.

Ключевые слова: нелекарственные методы лечения, акупунктурное обезболивание, компрессионные нервно-мышечные синдромы, механизмы акупунктурной аналгезии, тормозной и возбуждающий метод иглорефлексотерапии.

RESUME

The article considers ways of acupuncture technique for compression neuropathy. Great attention is paid to the analgesic effect of reflex therapy. Also the article describes mechanisms of acupuncture anesthesia and advice medical programs.

Keywords: nonpharmacological therapy, acupuncture analgesia, compression and neuromuscular syndromes, mechanisms of acupuncture analgesia, braking and exciting method of acupuncture.

ВВЕДЕНИЕ

Компрессионные нервно-мышечные синдромы представляют собой наиболее часто встречающиеся неврологические расстройства. Одним из эффективных нелекарственных методов лечения является иглорефлексотерапия и как ее часть – иглоанальгезия.

Сдавление нервных образований может происходить между фасцией и напряженной мышцей, между брюшками одной или нескольких мышц, между мышцей и сухожилием дру-

гой мышцы, мышцей и суставом, сухожилием, сухожилием и суставом, костью и мышцей, костью и фасцией или сухожилием, а также грыжевым выпячиванием межпозвоночного диска [3]. Например, при напряжении мускулатуры шеи, спины и позвоночника, наравне с сосудами, компримируются спинномозговые корешки, паравертебральные вегетативные ганглии, соматические и вегетативные нервные сплетения и нервы. Как известно, дивергенция вегетативных и соматических импульсных

потоков начинается со спинального уровня. Поэтому следствием развития напряжения в соответствующей мышце и образование локусов денервации-демиелинизации через соответствующий сегмент спинного мозга – связанных между собой кожных и висцеральных волокон являются болевые ощущения.

Значительное место в развитии болевого синдрома (как упоминалось выше) занимают мышечно-тонические нарушения, что является компримирующим фактором нервных образований и причиной самостоятельно возникающей алгии.

Как известно, двигательный акт состоит из двух компонентов: тонический, обеспечивающий постоянный тонус мышцы, и физический, обеспечивающий реализацию активных движений.

На уровне спинного мозга тонус осуществляется благодаря деятельности гаммамотонейронов, а целенаправленные – благодаря деятельности альфамотонейронов передних рогов спинного мозга. Исследованиями Л.А. Макаровой (1973) и В.Ш. Гороховской (1977) [1] убедительно показано, что иглоукальвание позволяет избирательно модулировать активность альфа- и гамма-мотонейронов подбором определенных точек акупунктуры (ТА) и методом воздействия в них. Следовательно, этот механизм иглорефлексотерапии является одним из компонентов аналгетического эффекта данного вида влияния на состояние мышечного тонуса, а также дает возможность стимулировать двигательную активность при компрессии нервных образований.

МЕХАНИЗМЫ АКУПУНКТУРНОЙ АНАЛГЕЗИИ

В настоящее время подробно изучены механизмы акупунктурного обезболивания [2]. Важнейшими структурами, реализующими акупунктурную аналгезию, являются задние рога спинного мозга, ядра шва, ретикулярная формация ствола мозга, центральное серое вещество, гипоталамус, таламус и кора больших полушарий мозга. Акупунктурные воздействия стимулируют антиноцицептивные мозговые структуры, вследствие чего высвобождаются специфические химические агенты (эндорфин, энкефалины), опосредующие аналгетический эффект.

Сегментарные механизмы акупунктурной аналгезии реализуются в результате взаимодействия сенсорных потоков боли и от

иглоукальвания в V слое заднего рога спинного мозга. Повышение рефлекторной активности спинного мозга возможно при слабом раздражении сегментарных механизмов и реализуется повышением активности мотонейронов вегетативных нейронов сегмента. В результате этого несколько повышается тонус поперечно-полосатой и гладкой мускулатуры. Понижение рефлекторной возбудимости спинного мозга возможно в результате обратного торможения афферентного потока в спинном мозге (задний рог или центральные зоны сегмента).

Супрасегментарные механизмы акупунктурной аналгезии осуществляются кортикопирамидными и экстрапирамидными влияниями. Специфичность зон воздействия зависит от связи точек с органами и системами организма. Действие иглоукальвания обусловлено поступлением сенсорной информации от раздражаемого рецепторного аппарата по нерву, которому принадлежат рецепторные образования, или по периваскулярным нервным образованиям. При введении игл в точки акупунктуры (ТА) на определенную глубину, как правило, возникают своеобразные ощущения ломоты, распирающего давления, онемения, чувство прохождения электрического тока, «предусмотренные ощущения». Каждая ТА имеет свое наименование и назначение по направленности действия и иннервационным связям. При выборе точек воздействия следует составить представление о патогенетической сущности процесса, патофизиологической структуре формирования отдельных симптомов и выяснения механизмов, лежащих в основе их развития. В иглорефлексотерапии имеют место два основных метода: тормозной и возбуждающий. При тормозном иглы вводятся на время от 30 до 40 минут с достижением выраженных предусмотренных ощущений. А при возбуждающем иглы вводятся на время от 5 до 20 минут. Тормозной метод используется при болевом синдроме и гипертонусе мышц, а возбуждающий для стимуляции двигательной активности.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОГРАММЫ

1. Синдром нижней косой мышцы головы.

Основные точки (ОТ): 15VG¹, 16VG, 20VB, 12VB, 10V.

¹ Индексация корпоральных ТА приведена в соответствии с французской классификацией.

Дополнительные точки (ДТ): 19VB, 18VB, 8VB, 10VB, 9VB, 11VB.

Аурикулярные точки (АТ): АТ29², АТ37, АТ41, АТ51, АТ55.

2. При шейных прострелах и цервикалгиях.

ОТ: 13VG-16VG, 10V, 11V, 15TR, 15GI-18GI, 12IG, 13IG, 21VB, 20VSB.

ДТ: 17VG-19VG, 12E, 10E, 9E, 11E.

АТ: АТ37, АТ41.

3. Синдром передней лестничной мышцы (синдром Наффигера).

ОТ: 10V, 11V, 9E, 10E, 11E, 12E, 20VB, 21VB, 4GI, 10GI, 14GI, 15GI, 16GI, 17GI, 10IG, 14IG, 15IG, 16IG, 17IG, 5TR, 15TR, 16TR, 17TR, 14VC, 15VC.

ДТ: 14E, 15E, 27R, 26R, 1P, 2P, 22VC, 21VC, 20VC.

АТ: АТ41, АТ37, АТ55, АТ51, АТ121.

4. Синдром малой грудной мышцы.

ОТ: 22R-27R, 18VG-20VG, 1P, 2P, 1C, 1MC.

ДТ: 12E-14E, 15G1, 16GI.

АТ: АТ39, АТ42, АТ64, АТ63.

5. Синдром «плечо-кисть».

ОТ: 5TR, 8TR, 5GI, 4GI, 11GI, 4IG, 5IG, 6MC, 7MC, 7C, 5C, 14TM, 12VC, 16VC, 20VC, 15GI, T8G1, 15IG, 15TR, 14 TR, 10IG, 14IG, 15IG, 11V, 42V-44V, 20VB, 21VB.

ДТ: 60V, 11IG, 12IG, 13IG, 8IG.

АТ: АТ62, АТ67, АТ66, АТ65, АТ63, АТ64.

6. Пекталгический синдром.

ОТ: 1C, 1MC, 1P, 2P, 18VC, 19VG, 20VG, 22R-27R, 17RP-21RP, 13E-18E.

ДТ: 11V-17V, 14VG, 12VC.

АТ: АТ37, АТ41, АТ42, АТ39, АТ121, АТ51, АТ83.

7. Межлопаточный болевой синдром.

ОТ: 11V-17V, 41V-46V, 11IG, 13IG-15IG, 11VG-14VG.

ДТ: 14GI-17GI, 15TR, 16TR.

АТ: АТ39, АТ42, АТ41.

8. Синдром тазового дна.

ОТ: 31V-34V, 27V-30V, 54V, 35V, 2VG, 3VG, 4VG, 5VG.

ДТ: 25V, 26V, 60V, 64V, 65V, 40V.

АТ: АТ56, АТ55, АТ53, АТ51, АТ115, АТ38, АТ40.

9. Люмбаго и люмбалгия.

ОТ: 31V-34V, 53V, 54V, 25V-28V, 4VG, 5VG.

ДТ: 35V-37V, 60V, 64V, 65V, 40V, 55V, 20VG.

АТ: АТ38, АТ40, АТ54, АТ53, АТ115, АТ55, АТ51.

10. Синдром грушевидной мышцы.

² Нумерация аурикулярных точек дана в соответствии с французской классификацией.

ОТ: 31V-35V, 53V, 54V, 2VG-4VG.

ДТ: 40V-38V, 36V, 59V, 58V, 65V, H59, H58, H100, H101, H102.

АТ: АТ53, АТ54, АТ40, АТ38, АТ26, АТ51, АТ55.

11. Передний тиббиальный синдром.

ОТ: 36E-40T, 34VB, 39VB.

ДТ: 41E-43E, 1F-4F, 5RP.

12. Перонеальный синдром.

ОТ: 32VB-36VB.

ДТ: 30VB, 40VB, 41VB, 36E, 62V, H82-H81, H92, H79, H78.

АТ: АТ49, АТ116.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По мере стихания болевого синдрома и снижения напряжения мышц, переходят к воздействию на локальные (местные) ТА, предназначенные преимущественно для воздействия на подлежащие ткани (нервы, мышцы, сосуды, связки, суставы).

В каждой из перечисленных программ необходимо учитывать синдром и степень его выраженности для выбора метода воздействия иглоукальванием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Игнатов Ю.Д., Качан А.Т., Васильев Ю.Н. Акупунктурная анальгезия: Экспериментально-клинические аспекты. – Л.: Наука, 1990. – 256 с.

2. Качан А.Т. Успехи Санкт-Петербургской школы акупунктура // Ж. Нелекарственная медицина. – СПб. – №1. – 2005. – С. 28–30.

3. Лобзин В.С., Жулев Н.М., Тюкаркина А.Б., Бадзрадзе Ю.Д., Жулев С.Н. Диагностика ранних вегетативных и сосудистых изменений при компрессионно-ишемических невропатиях // Новое в диагностике и лечении нервных болезней. – СПб., 1993. – С. 15–20.

Адрес автора

Цзи Юйбо

Кафедра невропатологии им. С.Н. Давиденкова ГБОУ ВПО СЗГМУ им. Мечникова