

1: Ter Arkh. 2001;73(4):40-5.

[Related Articles](#), [Books](#), [LinkOut](#)

[New approaches to diagnosis and treatment of fibromyalgia in spinal osteochondrosis]

[Article in Russian]

Gogoleva EF.

AIM: To compare effectiveness of manual and bioresonance therapies for fibromyalgia (FM) in spinal osteochondrosis (SO). MATERIAL AND METHODS: The trial enrolled 60 FM patients with x-ray diagnosis of SO. In addition to routine clinical examination all the patients have undergone kinesthetic study with estimation of the muscular syndrome index, brain echoscopy, neurological examination, electropuncture diagnosis. Group 1 patients received manual therapy (MT) and point massage (PM); group 2 patients received MT, PM and bioresonance therapy (BRT). The treatment took 5-6 weeks. The examinations were made before the treatment and 1-1.5 months after it. RESULTS: The response was observed in both the groups, but in group 2 it occurred more frequently and earlier, was higher and longer. BRT produces no side effects, has no contraindications, acts on the body systemically. It is rather effective against symptoms of neurocirculatory dystonia frequently diagnosed in FM patients.

Publication Types:

- Clinical Trial
- Randomized Controlled Trial

PMID: 11494446 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Министерство здравоохранения Российской Федерации
АО "Терапевт 92"

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АРХИВ

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ОСНОВАН В 1923 г.

ТОМ 73

4.2001

Вопросы диагностики

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор **Е. И. ЧАЗОВ**

Ю. Н. БЕЛЕНКОВ, А. И. ВОРОБЬЕВ, В. А. ГАЛКИН, Е. Е. ГОГИН,
А. П. ГОЛИКОВ, О. М. ЕЛИСЕЕВ (ответственный секретарь),
Н. А. МУХИН, В. А. НАСОНОВА,
В. И. ПОКРОВСКИЙ, В. П. СИЛЬВЕСТРОВ,
А. В. СУМАРОКОВ (заместитель главного редактора),
А. Г. ЧУЧАЛИН



МОСКВА "МЕДИЦИНА" 2001

го хряща, менисков и крестообразных связок колесных суставов.

Сравнительный анализ эффективности МРТ и рентгеновских методов в диагностике РА показал, что чувствительность МРТ составила 94,8%, специфичность — 69,8%, точность — 89,9%. В то же время, чувствительность стандартной рентгенографии составила 71,6%, специфичность 64,9%, точность — 70,2%.

Комплексное исследование показало, что выявленные с помощью МРТ признаки РА полностью совпадают с общепринятыми представлениями о патоморфологических изменениях в суставах при РА [2, 4]. Наиболее типичным и ранним симптомом РА, выявляемым при МРТ, является массивная пролиферация синовиальной оболочки (80,5%). По данным МРТ для РА также характерны деструкция суставного хряща (81,9%), умеренное скопление суставного выпота (72,1%), дегенерация фиброзных (65,1%) и связочных структур (77,7%), отек (35,3%) и атрофия (33,1%) периапартулярных тканей, наличие синовиальных кист (28,4%). В костных структурах определялись краевые эрозии субхондрального слоя (77,2%), умеренные краевые костные разрастания (68,8%), субхондральный фиброз (69,3%), мелкие субхондральные кисты (52,1%).

В 49 суставах больных РА I стадии на рентгенограммах не было выявлено изменений, в то время как при МРТ отчетливо определялись признаки воспалительного процесса в мягких тканях. МРТ позволила выявить внутрисуставные и внесуставные скопления жидкости, изменения синовиальной оболочки, хрящевых, фиброзных и мягкотканых структур, невидимые на обычных рентгенограммах. При оценке состояния костных структур МРТ дала возможность более четко, чем рентгенография, оценить наличие, размеры и локализацию эрозий костей, субхондральных и внутриэпифизарных кист. Кроме того, на МР-томограммах определялись такие невидимые рентгенологически изменения, как отек и фиброз костного мозга.

Заключение

МРТ обладает значительными возможностями при диагностике РА. На I стадии РА МРТ позволяет диагностировать экссудативные изменения синовиальной оболочки, раннюю дегенерацию фиброзных и хрящевых структур. На II стадии РА данные МРТ дают возможность четко определить преобладание пролиферативных изменений в суставах, дегенерацию связок, гиалинового хряща и субхондральных отделов костей. При III стадии заболевания на МР-томограммах определяются грубая пролиферация синовиальной оболочки с формированием фиброзного паннуса, грубые дегенеративные процессы в фиброзных, связочных структурах, а также выраженные деструктивные изменения эпифизов костей. И, наконец, на IV стадии РА МРТ дает возможность определить грубые фиброзные и дистрофические изменения мягкотканых и костных структур суставов. Необходимо отметить, что у одного больного в разных суставах могут быть поражения различных стадий, что отчетливо показывает МРТ. Это в свою очередь позволяет выработать тактику более эффективного местного лечения артрита, а также реабилитационные мероприятия, в том числе и хирургические (внутрисуставное введение лекарств, синовэктомия, остеотомия, аппаратная коррекция, эндопротезирование).

ЛИТЕРАТУРА

1. Adam G., Dammer M., Bohndorf K. et al. Rheumatoid arthritis of the knee: value of gadopentetate dimeglumine-enhanced MR-imaging. Am. J. Roentgenol. 1991; 156: 125—129.
2. Beltran J., Caudill J. L., Herman L. A. et al. Rheumatoid arthritis: MR imaging manifestations. Radiology 1987; 165: 153—157.
3. Foley-Nolan D., Stack J. P., Ryan M. et al. Magnetic resonance imaging in the assessment of rheumatoid arthritis — a comparison with plain film radiographs. Br. J. Rheumatol. 1991; 30: 101—106.
4. Gaffney K., Cookson J., Blake D. et al. Quantification of rheumatoid synovitis by magnetic resonance imaging. Arthr. and Rheum. 1995; 38: 1610—1617.
5. Sugimoto H., Takeda A., Masuyama J. et al. Early-stage rheumatoid arthritis: Diagnostic accuracy of MR imaging. Radiology 1996; 198: 185—192.

Поступила 28.09.99

© Е. Ф. ГОГОЛЕВА, 2001

УДК 616.721.6-018.3-06:616.74-009.7]-07

Е. Ф. Гоголева

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ФИБРОМИАЛГИИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Кафедра поликлинической терапии (зав. — проф. Г. Г. Багирова) Оренбургской государственной медицинской академии, Муниципальная ГКБ № 5 (главный врач Н. А. Волков), Оренбург

Цель исследования. Сравнение эффективности некоторых немедикаментозных (альтернативных) методов лечения — мануальной терапии (МТ) и биорезонансной терапии (БРТ) — фибромиалгии (ФМ) — на фоне остеохондроза позвоночника.

Материалы и методы. В исследование включили 60 больных с клиническими проявлениями синдрома ФМ и с рентгенологически подтвержденным остеохондрозом позвоночника. Помимо полного клинического обследования, всем больным проведены кинезиотерапевтическое исследование с определением индекса мышечного синдрома, эхокопия головного мозга, консультация невропатолога, электронпунктурная диагностика по Фоллю (электронная биофункциональная органо-метрия в компьютерном варианте) с измерением 40 контрольно-измерительных точек мери-

дианов и аурикулярной точки гипоталамуса. По характеру терапии больные были разделены на 2 группы: в 1-й проводилась МТ с ТМ; во 2-й МТ и ТМ сочетались с биорезонансной терапией (БРТ). Курс лечения составлял 5–6 нед. Обследование больных проводили до лечения и через 1–1,5 мес.

Результаты. Положительный эффект имелся в обеих группах, однако чаще и значительно раньше он отмечался во 2-й группе. При включении в комплекс БРТ эффект был более выраженным и более продолжительным (1 год и более). БРТ лишена побочных эффектов и противопоказаний к применению. Ее можно считать уникальным методом, который оказывает общее (базовое) воздействие на организм. Она достаточно эффективна в отношении симптомов нейрциркуляторной дистонии, которая нередко диагностируется у больных с синдромом ФМ.

Ключевые слова: остеохондроз позвоночника, фибромиалгия, электронпунктурная диагностика по методу Фолля, биорезонансная терапия

E. F. Gogoleva

NEW APPROACHES TO DIAGNOSIS AND THERAPY OF FIBROMYALGIA IN SPINAL OSTECHONDROSIS

Aim. To compare effectiveness of manual and bioresonance therapies for fibromyalgia (FM) in spinal osteochondrosis (SO).

Material and methods. The trial enrolled 60 FM patients with x-ray diagnosis of SO. In addition to routine clinical examination all the patients have undergone kinesthetic study with estimation of the muscular syndrome index, brain echoscopy, neurological examination, electropuncture diagnosis. Group 1 patients received manual therapy (MT) and point massage (PM); group 2 patients received MT, PM and bioresonance therapy (BRT). The treatment took 5–6 weeks. The examinations were made before the treatment and 1–1.5 months after it.

Results. The response was observed in both the groups, but in group 2 it occurred more frequently and earlier, was higher and longer. BRT produces no side effects, has no contraindications, acts on the body systemically. It is rather effective against symptoms of neurocirculatory dystonia frequently diagnosed in FM patients.

Key words: spinal osteochondrosis, fibromyalgia, electropuncture diagnosis, bioresonance therapy

Фибромиалгия (ФМ) — один из вариантов поражения внесуставных мягких тканей, характеризующийся разлитой мышечной болью и наличием специфических болезненных точек, определяемых пальпаторно. Рост распространенности ФМ среди населения разных стран, отсутствие четких представлений об этиологии и патогенезе дают возможность считать эту проблему актуальной.

Хотя мышечная система составляет около 40% массы тела, патология ее мало изучена. В современной литературе употребляется свыше 25 терминов, указывающих на патологию мышечной системы и нередко в качестве синонимов фибромиалгии используют такие термины, как "миалгия", "миозит", "фиброзит" и т. д. [1–3].

ФМ может быть первичной, но иногда она развивается на фоне других заболеваний, в том числе и остеохондроза позвоночника [4–5]. Согласно диагностическим критериям наличие другой клинической патологии не исключает диагноза фибромиалгии.

По данным зарубежных авторов [6], почти каждый второй человек в течение жизни страдает болями в шее, плечевом поясе или поясничной области. Синдром ФМ встречается преимущественно у женщин в возрасте 30–50 лет [5, 7]. Согласно современным представлениям [7–9] в генезе ФМ значительная роль принадлежит не только хроническим инфекциям, травмам, нарушениям обмена веществ, но и психологическому стрессу, особенно непреодоленным стрессовым реакциям. Ряд авторов [7, 8, 10] рассматривают ФМ как соматизированную депрессию.

Имеются данные о том, что неадекватная реакция преодоления стресса повышает латентную готовность к воспалительному процессу, присущую

рыхлой соединительной ткани. Вследствие этого создаются благоприятные условия для аутоаллергических и аутоиммунных процессов хронических заболеваний. Поэтому модели поведения, связанные с фрустрацией, способствуют развитию феномена нейрогенного воспаления. Под этим понятием подразумевают, что при стрессе в области вегетативно-чувствительных аксонов, оканчивающихся в основном веществе соединительной ткани, высвобождаются медиаторы воспаления [10, 11]. Возникший очаг воспаления ремоделируется фибробластами с помощью коллагена типа I [9]. Коллагеновые манжеты вокруг терминальных вегетативно-чувствительных аксонов, которые можно наблюдать только на ультраструктурном уровне, представляют пораженным аксонам информацию, которую мозг расшифровывает как боль. Образующаяся позитивная обратная связь способствует появлению коллагеновых манжет у соседних аксонов. Распространение этого процесса приводит к ФМ — заболеванию, которое анамнестически всегда связано с непреодоленными стрессовыми реакциями [9, 10, 11].

Фибромиалгическая боль возникает вначале в отдельных участках тела, а затем может приобрести генерализованный характер и длительное упорное течение. Данные морфологического изучения биоптатов мышц и связок отчетливо не подтвердили воспалительное или дегенеративное мышечное заболевание, хотя при электронной микроскопии выявлены выраженные ультраструктурные изменения миофибрилл, которые объясняют кислородным голоданием [7].

Несостоятельность нейромышечной регуляции этих областей, повышенный мышечный тонус ведут к нарушению соотношения в потребности и

расходе кислорода, выраженной гипоксии и как следствие к сильным болям.

Как правило, лечение нестероидными противовоспалительными средствами, седативными препаратами, а также физиотерапевтические процедуры малоэффективны. В связи с этим необходима разработка новых подходов к лечению данного синдрома. Классическая медицина, ориентированная на линейный принцип мышления рецептор—лиганд, должна быть дополнена или частично заменена методом, ориентированным на системное мышление [10, 12]. Целостный подход к диагностике и выбору метода (стратегии) лечения обеспечивают методика Фолля [13, 14] и биорезонансная терапия (БРТ) [12].

В последние годы диагностика по Фоллю широко используется как в муниципальных лечебных учреждениях, так и в сфере платных услуг. Однако результаты системной диагностики по Фоллю, как и биофункциональной органометрии, мало учитываются врачами в их практической деятельности. Низкая компетентность врачей в вопросах альтернативных методов диагностики и терапии в значительной степени связана с тем, что в России, в отличие от других стран, курс альтернативной (нетрадиционной) медицины не входит в программу подготовки в высшей медицинской школе. В то же время данный подход к диагностике позволяет выявлять патологию задолго до ее органических проявлений.

Цель данной работы — сравнение эффективности некоторых немедикаментозных (альтернативных) методов лечения (мануальной терапии — МТ и БРТ) ФМ на фоне остеохондроза позвоночника.

Материалы и методы

Обследовали 60 человек (52 женщины и 8 мужчин в возрасте от 20 до 68 лет, средний возраст $43,9 \pm 1,34$ года), у которых диагноз ФМ основывался на классификационных критериях, предложенных в 1990 г. Американской коллегией ревматологов. Все больные жаловались на длительно сохраняющуюся генерализованную мышечную боль и боль при пальпации не менее чем в 11 из 18 точек определенной локализации.

Помимо обычного клинического обследования, проводили рентгенографию шейного и поясничного отделов позвоночника, которая позволила диагностировать остеохондроз того или иного отдела.

У всех больных осуществлялось также кинестезическое исследование с определением индекса мышечного синдрома — ИМС (в баллах): $ИМС = СБ + Т + ГТ + КУ + БМ + ПБ + СИ$, где СБ — выраженность спонтанных болей, Т — тонус мышц, ГТ — гипертрофия мышц, КУ — количество узелков миофиброза, определяемых при пальпации, БМ — болезненность мышц, ПБ — продолжительность болезненности при пальпации, СИ — степень ирритации боли при пальпации.

В норме ИМС должен быть равен 1. Уменьшение ИМС после проведенного лечения может свидетельствовать об эффективности терапевтических мероприятий.

До начала лечения все пациенты были проконсультированы невропатологом, проводилась также экоскопия головного мозга для исключения его органической патологии.

Для системной диагностики была использована электропунктурная диагностика по методу Фолля (электропунктурная биофункциональная органометрия) в компьютерном варианте [15, 16]. Измерения проводились по всем контрольно-измерительным точкам (КИТ) меридианов: 20 точек на левых конечностях и 20 — на правых. Кроме того, у всех больных проводили измерения в аурикулярной точке гипоталамуса. Результаты полученных измерений были обработаны с помощью компьютерной программы фирмы "Имедис—Фолль". В зависимости от ха-

рактера проводимой терапии больных разделили на 2 группы по 30 человек.

В 1-й группе проводили МТ, или мануальную коррекцию, и точечный массаж (ТМ). В связи с тем что дегенеративная патология в позвоночнике с сопутствующими болями в мышцах различной интенсивности является одним из показаний к МТ и ТМ, в данной группе больных проведено соответствующее лечение. Курс лечения состоял из 8—10 сеансов с интервалом 1—2 дня.

Во 2-й группе МТ и ТМ сочетались с БРТ. Метод БРТ разрешен к применению приказом № 350 Минздрава РФ от 1993 г. "О видах деятельности, разрешенных к применению". Для лечения использовали аппарат фирмы "Имедис" (Москва) в виде аппаратно-программного комплекса "Имедис-Фолль". БРТ не имеет противопоказаний. Ее можно рассматривать как метод коррекции потоков информационной энергии организма с последующим включением механизма саморегуляции [12]. Информационная энергия слаба, но она характеризуется определенным (модулированным) сочетанием частот. В основе любого изменения в организме всегда лежит изменение информации [12, 17]. Снятие информации производится с определенных зон или точек, заданных алгоритмом БРТ (например, худших по показателям измерений по Фоллю). Далее в зависимости от стратегии и задачи терапии эту информацию можно усилить, ослабить, перевести в антифазу для того, чтобы сгармонизировать и возвратить пациенту в здоровом виде, без отклонений от нормы. В нашей работе был выбран алгоритм 4-й стратегии, которая подразумевает снятие информации с худших меридианов, последующую инверсию ее для гармонизации и запись скорректированной информации в виде биорезонансного препарата (на гомеопатическую крупку или любой другой носитель) с последующим приемом в течение 7 дней, т. е. до следующей процедуры БРТ. Всего проводилось 5—6 сеансов с интервалом 1 нед. Каждый раз записывался на гомеопатическую крупку вновь созданный сгармонизированный для конкретного пациента биорезонансный препарат (по выше описанной методике). Исследования проводили до лечения и в динамике через 1—1,5 мес.

Результаты

Наиболее часто больные предъявляли жалобы на боль в мышцах спины ноющего, тянущего характера, реже — разлитой генерализованной. Боли усиливались после физической или статической нагрузки. Отмечались утренняя скованность, ограничение движений в позвоночнике, хруст при движении головы. В анамнезе у 11 больных были "прострелы" в шейном или поясничном отделах позвоночника. Беспокоили также головные боли, чаще односторонней локализации, различные по продолжительности и интенсивности. Боли в шейно-затылочной области распространялись на зоны лопаток и плеч.

Помимо болевого синдрома, одно из ведущих мест в клинической картине занимала нейрокеркуляторная дистония (НЦД) с выраженным астено-невротическим синдромом, проявляющимся слабостью, вялостью, повышенной умственной утомляемостью, раздражительностью, нервозностью и др.

Почти у половины больных имелись депрессивные состояния (снижение настроения, тоска, беспричинная тревога). У большинства больных имелось стойкое нарушение ритма сна (трудность засыпания, беспокойный сон, раннее пробуждение), которое больше связывалось с болями в области шеи, спины и рук. Практически у всех пациентов нарушились память и внимание. Помимо болевого и астеноневротического синдромов, у обследованных имелись также проявления кардиального синдрома (нестабильность артериального давления, сердцебиение, перебои, колющие боли в сердце и др.).

Таблица 1
Показатели измерений меридианов у больных ФМ и их динамика в ходе лечения ($M \pm m$)

Меридиан	Показания прибора, ед.			
	MT + TM (n = 30)		MT + TM + БРТ (n = 30)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ЛФ — лимфатическая система	75,7 ± 1,25	68 ± 0,71***	78 ± 0,98	63 ± 0,75***
НЕРД — нервная дегенерация	83,5 ± 0,67	66 ± 0,48***	80 ± 1,11	59 ± 0,8***
СУД — суставная дегенерация	82,1 ± 0,49	62 ± 0,35***	78 ± 1,70	58 ± 0,75***
ЭН — эндокринная дегенерация	68 ± 1,91	62 ± 0,93**	71 ± 1,69	57 ± 0,71***
Желчный пузырь	81 ± 1,11	59 ± 1,25***	78 ± 1,07	56 ± 0,58***
МП — мочевой пузырь	64 ± 1,6	60 ± 0,8*	76 ± 0,98	61 ± 1,25***
ЭПД — эпителий-паренхиматозная дегенерация	66 ± 1,87	61 ± 0,8*	65 ± 1,45	57 ± 0,58***

Примечание. Здесь и в табл. 2: звездочки — различия достоверны (одна — $p < 0,05$, две — $p < 0,01$, три — $p < 0,001$).

У 2/3 больных были головокружения, у половины — метеопатия (ухудшение самочувствия при перемене погоды). Половина больных отмечали периодически возникающие ощущения жара, озноба. У 29 пациентов иногда отмечалась субфебрильная температура по вечерам. После тщательного полного клинического обследования она была расценена как симптом нарушения терморегуляции, обусловленный также НЦД. В единичных случаях выявлялись симптомы дискинезии желчевыводящих путей, раздраженной толстой кишки и др.

При эхоскопии головного мозга органической патологии выявлено не было. Осмотр невропатолога позволил исключить обострение остеохондроза, которое, как правило, сопровождается выраженными болями.

При кинестезическом исследовании в паравerteбральной и супраскапулярной областях выявлялись миофиброзные уплотнения и локусы примерно у 1/3 больных. Детальное обследование позволило определить ИМС, который у различных боль-

ных колебался от 6 до 21 балла (в среднем в группе он составил $13,5 \pm 1,25$ балла).

Существенным дополнением для оценки состояния организма является электропунктурная диагностика по методу Фолля (электронная биофункциональная органометрия). Этот метод основан на считывании информации с КИТ. Результаты измерения с КИТ отражают состояние различных систем организма, в том числе опорно-двигательного аппарата, мягких тканей. Прибор дает информацию об энергетическом состоянии измеряемых точек и соответственно органов и систем. Получаемые данные показывают направленность патологического процесса. С их помощью можно построить патогенетические цепочки любого заболевания.

Функциональный диагноз, основанный на полученных данных, не всегда совпадал с данными других инструментальных исследований (УЗИ, фиброгастроскопия, рентгенография). Весьма важное значение в процессе измерения имеет феномен "падения стрелки", который свидетельствует о вовлечении в процесс вегетативной нервной системы. Четко прослеживается связь функционального состояния различных сегментов позвоночника с соответствующими изменениями внутренних органов.

Полученные нами данные органометрии показали, что у обследованных больных наиболее чувствительными структурами являются вегетативные сплетения. Низкие показатели измерений на точках вегетативных сплетений свидетельствуют о наличии функциональных блокад в том или ином двигательном сегменте позвоночника. Последние можно устранять приемами МТ. Измерения с КИТ позволили выявить отклонения на некоторых меридианах.

В табл. 1 приведены средние величины показаний прибора по 7 наихудшим меридианам. Наибольшие отклонения от нормы выявлены на меридианах НЕРД, СУД, ЖП, что указывает на наличие воспалительного процесса различной выраженности в соответствующих данным меридианам органах.

Интерпретация полученных нами показателей проводилась в соответствии с данными Р. Фолля [13, 14], где за норму приняты показания прибора от 50 до 65 ед.

Под влиянием терапии в обеих группах наблюдались позитивная динамика клинических проявлений заболевания (табл. 2), причем разница в частоте выявления синдромов до и после лечения была достоверной.

Таблица 2
Частота выявления клинических синдромов у больных с ФМ и остеохондрозом позвоночника и динамика их под влиянием лечения

Синдром	MT + TM (1-я группа)			MT + TM + БРТ (2-я группа)			P_{1-2}
	до лечения	после лечения	улучшение, %	до лечения	после лечения	улучшение, %	
Аллергический	30 (100%)	17 (56,7%)***	43,3	30 (100%)	12 (40%)***	60	—
Астеноневротический	28 (93,3%)	12 (40%)***	57,1	30 (100%)	2 (6,66%)***	93,3	< 0,01
Кардиальный	20 (66,6%)	8 (36,6%)**	60	26 (86,66%)	3 (10%)***	88,4	< 0,05
Нарушение ритма сна	14 (46,6%)	5 (16%)**	64,2	16 (53,33%)	3 (10%)***	84,5	< 0,05
Нарушение терморегуляции	14 (46,6%)	7 (20,3%)	50	15 (50%)	3 (10%)**	80	< 0,01
Метеопатия	15 (30%)	6 (20%)*	60	18 (60%)	3 (10%)***	83,5	< 0,05

Следует отметить также, что во 2-й группе под влиянием МТ + ТМ + БРТ чаще, чем в 1-й группе, отмечалась нормализация состояния. Достоверно чаще отмечалось уменьшение или полное исчезновение признаков астеноневротического и кардиального синдромов, нарушений терморегуляции, метеопатии.

В целом значительное улучшение состояния отметили 22 (73,3%) больных 1-й и 27 (90%) — 2-й группы.

Изменился и ИМС. Средняя величина его в 1-й группе уменьшилась с $13,5 \pm 0,6$ до $8,5 \pm 0,3$ балла ($p < 0,001$), во 2-й группе — с $14,5 \pm 0,5$ до $4,0 \pm 0,2$ балла ($p < 0,001$).

Достоверно улучшились также показатели измерения меридианов под влиянием проведенного лечения (см. табл. 1). Наиболее отчетливо это видно на меридианах НЕД, СУД, ЖП.

Отмечено, что после курса МТ и ТМ через 3—4 мес боли возникают вновь. В 5 случаях в процессе активной МТ отмечалось усиление болей и нарастание симптомов НЦД. При малой эффективности МТ и ТМ, наличии стойкого болевого синдрома, отсутствии эффекта от аллопатической терапии к лечению добавляли БРТ. Целесообразно, чтобы такая сочетанная терапия проводилась одним врачом-специалистом. Это важно для своевременного и более полного контроля за динамикой патологического процесса. При таком комплексном лечении местное воздействие сочетается с общетерапевтическим эффектом, что проявляется в уменьшении или ликвидации признаков НЦД уже после первых сеансов БРТ.

Ухудшения состояния в процессе лечения не отмечено. В то же время динамическое наблюдение показало, что достигнутый во 2-й группе эффект оказался более продолжительным (12—20 мес). Показатели аурикулярной точки гипоталамуса во 2-й группе нормализовались.

Заключение

Проблема ФМ достаточно актуальна, а вопросы диагностики и лечения ее требуют дальнейшего изучения. В клинической картине, помимо развитой мышечной болезненности и паличия болезненных при пальпации точек, довольно часто встречаются симптомы, которые можно расценить как проявления НЦД. У большинства пациентов выявляются различные психосоматические расстройства в виде депрессивных, тревожных состояний и др. Нередко сочетание ФМ с патологией других органов и систем, в частности с остеохондрозом позвоночника, ставит под сомнение вопрос о ее первичности, тем более что остеохондроз довольно распространенная патология. Возможно, с этим связаны трудности в подборе терапии и малая эффективность аллопатических методов лечения.

Проведенные нами исследования показали, что в большинстве случаев ФМ у больных остеохондрозом позвоночника одной МТ с точечным массажем не всегда достаточно, хотя положительный эффект отмечен у большинства пациентов как сразу после проведенного курса лечения, так и на протяжении последующих 3—4 мес.

Электропунктурная диагностика по Фоллю обеспечивает системный подход к диагностике, позволяет выявить нарушения различных органов и систем уже на стадии функциональных изменений. БРТ в свою очередь является новым уникальным методом энергоинформационной терапии, основанным на данных электропунктурной диагностики и сочетающим в себе как местное, так и общее воздействие на организм. Воздействуя на меридианы, отражающие в каждом конкретном случае функциональные и органические изменения органов и систем, удается добиться лучших результатов в лечении синдрома ФМ и на более продолжительный срок. БРТ не имеет противопоказаний, побочных эффектов и может заменить целый комплекс лечебных мероприятий. Она достаточно эффективна и в отношении симптомов НЦД.

По имеющимся данным литературы [1, 5, 18], в клинической картине ФМ фигурируют функциональные нарушения различных органов, симптомы патологии вегетативной нервной системы, разнообразные психологические расстройства, что по сути соответствует клиническим проявлениям НЦД. Однако неясно, является ли НЦД проявлением ФМ, сопутствующим заболеванием либо основной патологией с синдромом ФМ.

По данным этих же авторов, при синдроме ФМ отмечается высокая частота рентгенологически подтвержденных изменений в позвоночнике, преимущественно в виде остеохондроза. Сочетание ФМ с патологией позвоночника также накладывает определенный отпечаток на клиническую картину данного синдрома.

Лечение же ФМ, как правило, симптоматическое, направленное на ликвидацию боли, а также включает седативные и антидепрессантные препараты. Возможно, что малая эффективность его обусловлена тем, что не учитываются сопутствующие состояния, которые, по-видимому, имеются у подавляющего числа лиц с ФМ.

В данной работе был избран иной подход к лечению этого синдрома. Известно, что МТ и ТМ достаточно широко используются при лечении больных остеохондрозом позвоночника. НЦД также может быть показанием к проведению ТМ. В нашей работе проведение курса МТ с ТМ оказывало седативное действие, так как использовалась методика МТ при поражении ЦНС, нейрососудистых и нейродистрофических изменениях, связанных с шейно-грудным остеохондрозом [4]. Автором методики А. Б. Сителем [4] описан механизм действия МТ для нормализации работы вегетативной нервной системы, с точки зрения регуляции содержания в периферической крови β -эндорфинов и участия в механизме лечебного эффекта МТ нейромедиаторов, эндогенных опиатов мозга.

Сопоставление данных обследования до и после такой терапии показало положительную динамику симптомов как НЦД, так и ФМ.

Впервые использованная у больных этой категории сочетанная немедикаментозная терапия (МТ + ТМ + БРТ) дала более выраженный эффект, что можно объяснить регулирующим влиянием БРТ на деятельность различных органов, в частности на вегетативную нервную систему. Обращает на себя

внимание тот факт, что значительное улучшение состояния, в том числе и уменьшение болевого синдрома, было достигнуто у 60% больных с проявлениями ФМ через 1—1,5 мес без назначения медикаментозной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зборовский А. Б., Бабаева А. Р. Новые критерии диагностики первичной фибромиалгии. В кн.: II Всероссийский съезд ревматологов: Тез. докл. Тула; 1997. 69.
2. Зборовский А. Б., Бабаева А. Р. Эволюция систематизации заболеваний внесуставных мягких тканей. Ревматология 1997; 3: 14—16.
3. Хабиров Ф. А., Хабиров Р. А. Мышечная боль. Казань; 1994.
4. Ситель А. Б. Мануальная терапия: Руководство для врачей. М.; 1998.
5. Тузлуков А. Г., Горбатовская Н. С. Диагностические критерии синдрома фибромиалгии. В кн.: Тезисы докл. I съезда ревматологов России. Оренбург; 1993. 27.
6. Goldenberg D. L. // Rheumatologia U 1988; 15: 992—996.
7. Чичасова Н. В. Синдром фибромиалгии и синдром хронической усталости. В кн.: Насонова В. А., Бунчук Н. В. (ред.) Ревматические болезни. М.; 1997. 432—439.
8. Румянцова Г. М., Яковенко А. М., Левина Т. М. Эффективность терапии неврозоподобных расстройств при остеохондрозе шейного отдела позвоночника препаратами фирмы "НБЕЛ". Биол. мед. 1997; 2: 46—52.
9. Хайне Х. Здоровье—заболевание—стресс. Там же 1998; 1: 6—10.
10. Heine H. Lehrbuch der biologischen Medicin. 2 Anfl. Stuttgart: Hippokrates; 1997.
11. Хайне Х. Иммунологическая вспомогательная реакция, вызванная антигомтоксической терапией воспалительных заболеваний суставов. Биол. мед. 1999; 1: 5—8.
12. Готовский Ю. В., Михонькина Л. Б., Сазонова И. М. Интегральные показатели оценки состояния организма и результатов терапии. В кн.: Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии: Тез. докл. IV Международной конф. М.: ИМЕДИС; 1998; ч. 1: 3—30.
13. Voll R. Medikamententestung, Nosodentherapie und Mesenchimreaktivering. Messen MS—Verlag; 1976.
14. Voll R. 20 Jahre Elektroakupunktur — Diagnostik und Elektroakupunktur-Therapie mit niederfrequenten Stromimpulsen nach Bd 7. Sonderheft der Internationalen Gesellschaft für Elektroakupunktur nach Voll. Ullsen M2—Verlag; 1976.
15. Ролк И. С., Шевченко В. Ф., Фурцов С. Е. Принципы диагностики и терапии заболеваний костно-мышечной системы на основе метода Р. Фолля. М.; 1994.
16. Ролк И. С., Самохин Н. В. Справочник репрезентативных точек электропунктуры по Р. Фоллю. М.; 1991.
17. Дыкун Н. В., Готовский Ю. В., Синица А. С. Альтернативные подходы в лечении больных с применением адаптивной биорезонансной и мультирезонансной терапии. В кн.: Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной терапии: Тез. и докл. IV Международной конф. М.: ИМЕДИС; 1998; ч. 1: 281—284.
18. Бабаева А. Р., Левина А. Л., Серов В. В. и др. Применение нового мазевого средства в лечении фибромиалгии. В кн.: Юбилейная Конференция, посвящ. 70-летию АРР и 40-летию Ин-та ревматологии РАМН: Тез. докл. М.; 1998. 7.

Получена 05.07.99

Гематология

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2001
УДК 616.155-006.442/444-078.33

О. Е. Ягужинская, И. Е. Лазарев, Е. А. Никитин, Р. С. Самойлова, И. В. Логинова, Э. Г. Гемджан, В. А. Новиков, З. Х. Мамилева, А. В. Пивник

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТОЧНЫХ ЦИТОКИНОВ (РАСТВОРИМОГО CD30; РАСТВОРИМОГО РЕЦЕПТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА-2; ИНТЕРЛЕЙКИНА-10 И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6) ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ И ЛИМФОСАРКОМАХ

Гематологический научный центр (дир. акад. РАН А. И. Воробьев) РАМН, Москва

Цель исследования. Определение роли сывороточных цитокинов — растворимого CD30 (sCD30), растворимого рецептора интерлейкина-2 (рИЛ-2Р), ИЛ-10, ИЛ-6 — в диагностике, динамике ответа на химиотерапию (ХТ) и характеристике полноты ремиссии у больных лимфогранулематозом (ЛГМ) и лимфосаркомами (ЛС).

Материалы и методы. Методом иммуноферментного анализа определяли концентрации цитокинов в 87 образцах сыворотки (плазмы) 58 больных. У 24 человек гистологически диагностирован ЛГМ и у 34 — ЛС.

Результаты. Обнаружены ключевые концентрации sCD30 (и менее специфичного рИЛ-2Р) у больных ЛГМ и некоторыми В-клеточными ЛС, позволяющие оценить чувствительность к ХТ после 2-го курса. Найдена пороговая концентрация ИЛ-10, позволяющая отличить ЛГМ от ЛС. Показано, что изменение концентраций ИЛ-6 имеет неспецифический характер.

Заключение. На основе полученных ключевых концентраций sCD30 и ИЛ-10 предложена схема диагностики ЛГМ и некоторых ЛС и прогнозирования их чувствительности к ХТ. Использование схемы позволяет сократить сроки рестадирования.

Целесообразность определения уровня цитокинов подтверждается при неясных диагнозах, использование схемы на ранних стадиях ХТ дает возможность выбрать направление дополнительных исследований для уточнения диагноза.

Ключевые слова: лимфогранулематоз, лимфосаркомы, лимфоциты из клеток мантийной зоны, лимфоциты "серой зоны", растворимый CD30, растворимый рецептор к интерлейкину-2, интерлейкин-10, интерлейкин-6