

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Фармакопунктура при распространенных патологических состояниях*. Часть 2

© Л.Г. Агасаров¹, М.Ю. Герасименко¹, Т.В. Кончугова¹, А.А. Марьяновский², В.А. Дробышев³,
Е.С. Васильева⁴, Г.И. Сафиуллина⁴, М.В. Тардов⁵, В.Н. Тян⁶, А.В. Болдин⁷,
И.А. Бокова⁷, Т.А. Дашина¹, А.А. Чигарев^{1,8}

¹ Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии, Москва, Российская Федерация

² Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

³ Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Российская Федерация

⁴ Казанская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», Казань, Российская Федерация

⁵ Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва, Российская Федерация

⁶ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Российская Федерация

⁷ Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

⁸ Лечебно-реабилитационный центр, Москва, Российская Федерация

В предыдущем номере (2018, № 4) журнала опубликована первая часть клинических рекомендаций, в которой были изложены общие положения по структуре и содержанию документа. Вторая часть содержит алгоритм применения фармакопунктуры среди различных категорий пациентов при разных патологических состояниях, ассоциированных с дорсопатиями.

Ключевые слова: алгоритм применения фармакопунктуры; дорсопатии; противопоказания; эффективность; мониторинг.

Для цитирования: Агасаров Л.Г., Герасименко М.Ю., Кончугова Т.В., Марьяновский А.А., Дробышев В.А., Васильева Е.С., Сафиуллина Г.И., Тардов М.В., Тян В.Н., Болдин А.В., Бокова И.А., Дашина Т.А., Чигарев А.А. Фармакопунктура при распространенных патологических состояниях. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.* 2018;17(5):284–296.

DOI: <http://dx.doi.org/10.17816/1681-3456-2018-17-5-284-296>

PHARMACOPUNCTURE IN COMMON PATHOLOGICAL CONDITIONS. PART 2

© L.G. Agasarov¹, M.Yu. Gerasimenko¹, T.V. Konchugova¹, A.A. Marianovskiy²,
V.A. Drobyshev³, E.S. Vasilieva⁴, G.I. Safiullina⁴, M.V. Tardov⁵, V.N. Tyan⁶, A.V. Boldin⁷,
I.A. Bokova⁷, T.A. Dashina¹, A.A. Chigarev^{1,8}

¹Russian Scientific Center for Medical Rehabilitation and Balneology, Moscow, Russia Federation

²The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia Federation

³Novosibirsk State Medical University, Moscow, Russia Federation

⁴Kazan department of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Kazan, Russia Federation

⁵The Sverzhevskiy Otorhinolaryngology Healthcare Research Institute, Moscow, Russia Federation

⁶Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia Federation

⁷I.M. First Sechenov Moscow State Medical University, Moscow, Russia Federation

⁸Treatment and rehabilitation center, Moscow, Russia Federation

In the previous issue (2018, No.4) of the journal, the first part of the clinical recommendations was published, which outlined general provisions on the structure and content of the document. The second part provides an algorithm for the use of pharmacopuncture for various categories of patients with different pathological conditions associated with dorsopathies.

Key words: pharmacopuncture algorithm; dorsopathy; contraindications; efficiency; monitoring.

For citation: Agasarov LG, Gerasimenko MYu, Konchugova TV, Marianovskiy AA, Drobyshev VA, Vasilieva ES, Safiullina GI, Tardov MV, Tyan VN, Boldin AV, Bokova IA, Dashina TA, Chigarev AA. Pharmacopuncture in common pathological conditions. Part 2. *Russian Journal of the Physical Therapy, Balneotherapy and Rehabilitation.* 2018;17(5):284–296.

DOI: <http://dx.doi.org/10.17816/1681-3456-2018-17-5-284-296>

* Фармакопунктура при распространенных патологических состояниях: клинические рекомендации. М., 2017. 39 с. Доступно по: <https://docplayer.ru/53018894-Klinicheskie-rekomendacii-farmakopunktura-pri-rasprostranennyh-patologicheskikh-sostoyaniyah.html>. Ссылка активна на 15.06.2018.

АЛГОРИТМ ПРИМЕНЕНИЯ ФАРМАКОПУНКТУРЫ У РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ПАЦИЕНТОВ

Использование метода при дорсопатиях

Большинство научных изысканий по проблеме фармакопунктуры как результат сложения ряда причин посвящено использованию метода при вертеброгенной патологии — «болезни века» [1]. К примеру, в серии обзоров корейских авторов [2–4], активно разрабатывающих тему фармакопунктуры, приведены данные нескольких электронных баз. В одном из них [2], объединившем ссылки на выполненные до 2012 г. экспериментальные и клинические исследования, подчеркивается, что последние преимущественно затрагивают вопросы скелетно-мышечной боли.

Более поздний метаанализ [4–7] базируется на материалах, представленных в базах данных или опубликованных вплоть до 2014 г. Поиск выполнялся при помощи Интегрированной системы восточной медицины (OASIS), Национальной библиотеки цифровых наук (NDSL) и Корейского портала традиционных знаний. Ключевыми фразами служили «боль в шейном отделе позвоночника», «шейная боль» и ряд сходных терминов. Результатом явилась фиксация более десятков развернутых исследований, связанных с применением фармакопунктуры экзотическими субстанциями природного происхождения.

В параллельно сделанном обобщении данных семи электронных баз [8] доля рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ), посвященных фармакопунктуре при дорсопатиях, составила 16,4%. Выделенные РКИ были оценены как высокого качества, однозначно доказывающие лечебное действие метода.

В западной литературе, как и указывалось выше, подавляющее большинство известных работ выполнено с использованием комплексных гомеопатических средств. В этом контексте необходимо особо отметить, что крайне спорное отнесение комиссией РАН гомеопатии к лженаукам не является препятствием к официально разрешенному применению медикаментов данного класса на практике. Этот тезис, кстати, подтвержден соответствующим разъяснением Генпрокуратуры в мае 2017 г.

Начальные, в период 90-х годов, сообщения по теме являлись не более чем клиническими примерами. Иначе говоря, вопросы научной доказательности в них основными не являлись. Подобным, но уже современным примером являются сведения об особенностях терапии 45-летней пациентки с дискогенной радикулопатией [9]. Предложенная автором лечебная схема включала, помимо других подходов, фармакопунктуру комплексными гомеопатическими препаратами Траумель С и Дискус композитум. Результатом

выбранной тактики явилось выраженное снижение уровня болевого синдрома и статико-динамических проявлений уже на 4-й процедуре.

Исследованием иного, более высокого класса явились результаты купирования «болевого синдрома в спине» с помощью фармакопунктуры в обширной группе из 483 пациентов в возрасте от 15 до 85 лет [10]. При этом с учетом синдромальных характеристик процесса предложены различные варианты выбора точек рефлексотерапии и лекарственных гомеопатических средств.

В результате работы подтверждено, что включение фармакопунктуры в программы лечения приводит к более быстрой регрессии боли, особенно в случае ее острого характера. Кроме того, дополнительное проведение двух и более курсов лечения обеспечивает ремиссию продолжительностью от 4 до 18 мес. Предложенный подход подтверждается случаем из практики — клиническим выздоровлением пациента, получавшим фармакопунктуру. Определяя уровень исследования, базирующегося на анализе состояния без малого пяти сотен пациентов, его все же следует отнести к IIb классу рекомендаций.

В сходной по уровню доказательности работе отмечена большая результативность, в сравнении с классической иглоукалыванием и общепринятым лечением, фармакопунктуры препаратами Траумель С и Плацента композитум при рефлекторных синдромах поясничного остеохондроза. Это заключение базировалось на результатах нескольких десятков клинических наблюдений и статистически достоверной ($p < 0,05$) динамике ряда объективных параметров, включая уровень антиоксидантной системы защиты.

В исследовании [11], датированном 2012 г., под наблюдением находились 439 пациентов с клиническими проявлениями остеохондроза различных отделов позвоночника. В качестве инструментального подтверждения клинического диагноза выполняли рентгенографию, магнитно-резонансную и компьютерную томографию, а также электронейромиографию. Оценку качества жизни проводили по опроснику SF-36, уровень болевого синдрома — с помощью визуальной аналоговой шкалы.

Пациенты были разделены на 2 лечебные группы, получавшие стандартную терапию или фармакопунктуру комплексными препаратами Плацента композитум, Коэнзим композитум и Убихинон композитум. «Коктейль» из данных препаратов вводили поэтапно — внутривенно до образования папулы, а затем на глубину до 10 мм. Курс фармакопунктуры состоял из 14 процедур, выполняемых 3 раза/нед.

В результате отмечено преимущество фармакопунктуры в части регресса неврологической симптоматики и повышения качества жизни. В частности, в ответ на фармакопунктуру выраженность боли в

группе пациентов с пояснично-крестцовой дорсопатией снижалась с $59,7 \pm 1,8$ до $14,4 \pm 1,1$, тогда как на стандартную терапию — до $34,6 \pm 1,6$. У больных с вертеброгенной патологией шейного и грудного отдела позвоночника фармакопунктура в сочетании с мануальной терапией достоверно способствовала более отчетливой редукции не только неврологических симптомов, но и сопутствующей соматической патологии.

Катамнестический анализ (до 6 мес) подтвердил устойчивость эффекта, включая уровень качества жизни, именно в группе фармакопунктуры. Однако, несмотря на большой массив исследований, данное исследование все же ограничено рамками IIb-класса рекомендаций.

Сходным примером является работа, посвященная оценке терапевтической эффективности фармакопунктуры при неврологических проявлениях шейного остеохондроза [12]. Под наблюдением находилось 76 пациентов в возрасте от 31 до 62 лет, разделенных на две лечебные группы. В основной группе из 47 лиц применяли паравертебральные инъекции препаратов Траумель С и Ревма Хель на фоне лечебной гимнастики. В группе контроля (29 человек) выполняли общепринятую терапию в виде внутримышечных инъекций Вольгарена, фонофореза индометацина, а также физических упражнений. Продолжительность лечения в обеих группах составила 28 дней. В результате купирование боли на фоне редукции чувствительных, мышечно-дистонических и сосудистых нарушений было отмечено у 71% пациентов основной группы и 41% — контрольной при достоверности различий между показателями.

С другой стороны, в отечественных источниках выделяется серия взаимосвязанных, по сути, многоцентровых работ (класс рекомендаций сильный, I). Они базируются на анализе изменений состояния более 400 пациентов с дорсопатией в ответ на фармакопунктуру комплексными гомеопатическими препаратами. Исследования были проведены в стационарах г. Москвы, являющихся клиническими базами учреждений подчинения Минздрава РФ, — НИИ традиционных методов лечения, НИИ клинической фармакологии, Сеченовском Университете (ранее — Московская медицинская академия) и РНЦ «Медицинская реабилитация и курортология».

В первом из них [13] на основании наблюдений за 120 пациентами с пояснично-крестцовой дорсопатией в стадии затянувшегося обострения была подтверждена результативность фармакопунктуры комплексным препаратом Дискус композитум, прямо показанным при вертеброгенной патологии.

Пациенты были разделены на 3 рандомизированные группы, базовым для которых явилось общепринятое медикаментозно-ортопедическое лечение. Дополнительно к этому в 1-й группе Дискус ком-

позитум вводили внутримышечно, а во 2-й, основной, — путем фармакопунктуры. Лечение в 3-й группе, контроля, было ограничено указанным базовым комплексом.

Выполненный по завершению терапии анализ подтвердил достоверное преимущество фармакопунктуры над сравниваемыми технологиями. Так, в результате фармакопунктуры пациенты с рефлекторными синдромами отметили уменьшение болевого синдрома в среднем с 2,5 до 1,7 баллов, а с радикулопатиями — с 2,7 до 1,6 баллов, что явилось лучшим результатом по сравнению с показателями других групп ($p < 0,05$).

В целом, ориентируясь на средние сроки достижения стабильного эффекта, фармакопунктура оказалась в 1,5 раза результативнее других подходов. Это различие выражалось в уровне регресса клинических проявлений, приобретающем характер достоверности именно в случае фармакопунктуры. Примечательно, что только в основной группе в 38% наблюдений лиц с радикулопатиями было выявлено уменьшение асимметрии сухожильных рефлексов (вплоть до их восстановления в 12%) и сужение зон гипестезии — в 42%. Указанные сдвиги были верифицированы электрофизиологически, проявляясь достоверным улучшением показателей термографии и соматосенсорных вызванных потенциалов.

В следующем РКИ были в целом получены аналогичные результаты. Под наблюдением находилось 90 лиц с пояснично-крестцовой дорсопатией, протекающей с ведущим сосудистым компонентом [14]. Пациенты были разделены на 3 рандомизированные лечебные группы, в которых в качестве базовой проводили общепринятую терапию. Наряду с этим в двух первых группах использовали комплексное средство Плацента композитум, отличающееся, помимо других эффектов, сосудистым влиянием. В 1-й, основной, группе это средство применяли путем фармакопунктуры, во 2-й — внутримышечных инъекций. Больным группы контроля проводили фармакопунктуру под физиологическим контролем, соблюдая, таким образом, режим плацебо-контроля.

Здесь, как и в примере с Дискус композитум, отмечено на уровне достоверности преимущество метода фармакопунктуры. В частности, отчетливый анальгетический эффект в основной группе отмечался уже на 2–3-й процедуре, тогда как в других группах — на 5–6-й (различия достоверны). Наблюдаемые при этом положительные клинические сдвиги были верифицированы данными инструментального исследования.

При этом отмечена избирательность влияния сравниваемых методов на выраженность основных клинических проявлений. В частности, фармакопунктура физиологическим раствором обеспечивала наряду с анальгезией регресс мышечно-дистонических

синдромов и в меньшей степени — нейрососудистых нарушений с их сохранением у 53,3% больных.

В случае внутримышечного введения Плацента композитум вазотропный эффект были установлены у 73,3% пациентов, что достоверно превосходило результаты фармакопунктуры физиологическим раствором. С другой стороны, данный подход оказался недостаточно эффективным в плане устранения мышечно-дистонических расстройств.

И, наконец, фармакопунктура препаратом Плацента композитум обуславливала выраженную анальгезию, сопровождаемую регрессом как мышечных, так и сосудистых сдвигов. Гармонизирующее влияние метода на регуляцию сосудистого тонуса, верифицированное рео- и доплерографически, было отмечено у 83,3% больных, достоверно превосходя результаты фармакопунктуры физиологическим раствором.

Подтверждением терапевтической надежности фармакопунктуры препаратом явились данные катмнеза, свидетельствующие о большей ($p < 0,05$), чем в других группах, устойчивости достигнутого эффекта.

В следующем, тоже рандомизированном и плацебоконтролируемом, исследовании был использован комплексный препарат Цель Т [15]. Данное средство, расцениваемое как хондропротектор, в случае непродолжительного применения обеспечивает преимущественно анальгетическое и трофостимулирующее влияние. Находящиеся под наблюдением пациенты ($n=121$) с дорсопатией на пояснично-крестцовом уровне были разделены на 4 группы, в которых наряду со стандартной терапией использовали введение препарата Цель Т или физиологического раствора. Методически в двух первых группах выполняли внутримышечные инъекции: в 1-й — медикамента, во 2-й — физиологического раствора в качестве плацебо. В двух других группах указанные вещества вводили в точки рефлексотерапии, причем инъекции физиологического раствора расценивали как усложненный вариант плацебо. С целью контроля за динамикой процесса использовали комплекс исследовательских методик, включая анализ соматосенсорных вызванных потенциалов.

Установлено, что фармакопунктура препаратом Цель Т за счет сложения рефлекторного и лекарственного звеньев обеспечивает скорость достижения и надежность результатов, тогда как только рефлекторное влияние при использовании физиологического раствора отличается быстрым, но неустойчивым эффектом. Так, непосредственно по завершении лечения в случае фармакопунктуры препаратом или физиологическим раствором выявлены положительные и в целом сопоставимые результаты. К примеру, улучшение состояния отмечено у 70 и 66,6% больных этих групп против 53,3 и 51,6% наблюдений в группах внутримышечных инъекций при достовер-

ности групповых различий. Кроме того, устойчивые эффекты в группах фармакопунктуры развивались в среднем на 1,9–2,4 процедуры ранее (в зависимости от типа синдрома), чем в других группах.

Важно, что регресс нейрососудистых проявлений, согласующийся с достоверным улучшением показателей термографии и реовазографии, наблюдался только в ответ на фармакопунктуру препаратом или физиологическим раствором. Напротив, в группах внутримышечных инъекций обратная динамика сосудистых реакций и данных объективного обследования была незначительной.

По истечении полугода в ходе катмнестического анализа выявлены достоверные расхождения в соотношении ранее достигнутых результатов. В случае обеих техник использования физиологического раствора рецидивы дорсопатии установлены у 42–45% пациентов, тогда как в группах с применением медикамента — у 20–23%. Отсроченное влияние внутримышечных инъекций препарата Цель Т подтверждается малым числом рецидивов и даже улучшением отдельных клинических характеристик в сравнении с их уровнем по завершении лечения.

В целом данное РКИ, на доказательном уровне свидетельствующее о преимуществе метода в лечении пациентов с дорсопатией, вносит известный вклад в теорию современных технологий рефлексотерапии.

Учитывая полученные результаты, было выполнено РКИ с выбором того же препарата — Цель Т, но путем сопоставления возможностей его инъекционного и аппаратного применения [16]. Для решения поставленной задачи было отобрано 90 пациентов с пояснично-крестцовой дорсопатией. Всем больным проводили клинико-неврологическое и рентгенологическое обследование, а также по показаниям реовазографию и ультразвуковую доплерографию сосудов нижних конечностей.

Больные были распределены в 3 рандомизированные группы (две основные и одну контрольную), в которых проводили общепринятую терапию. Параллельно назначали препарат Цель Т: в 1-й группе путем фармакопунктуры, во 2-й — с помощью фонофореза (аппарат «Элфор-про»). В группе контроля данное средство вводили внутримышечно. Курсовое лечение независимо от используемых техник состояло из 10 процедур, проводимых 3 раза/нед.

В результате терапии в основных группах отмечен сопоставимый уровень положительных изменений, достоверно превосходящий динамику показателей контрольной группы. С другой стороны, внутри самих основных групп отмечалась неоднозначность ответных реакций, определяя тем самым дифференциацию к назначению способов.

В частности, если для фармакопунктуры препаратом Цель Т характерным оказался значимый (до-

стоверно по сравнению с другими группами) регресс болевого и нейрососудистого синдрома, то в случае электрофореза — преимущественная (на уровне тенденции) редукция мышечно-тонических и нейродистрофических проявлений. Кроме того, метод электрофореза с учетом выполнения средним медперсоналом и, соответственно, меньших экономических затрат в определенных условиях может быть предпочтительнее фармакопунктуры.

В целом представленная серия работ раскрывает научно доказанное системное положительное влияние фармакопунктуры гомеопатическими средствами при дорсопатиях.

В нескольких других работах, также построенных на принципах доказательной медицины, фармакопунктуру выполняли классическим медикаментом. При этом, отталкиваясь от более раннего труда [17], внимание было сосредоточено на хондропротекторе Алфлутоп [18, 19]. Сами работы, дополняющие друг друга и в целом носящие многоцентровый характер (класс рекомендаций сильный, I), с небольшим временным разрывом были выполнены в городах Череповце и Павлодаре (Казахстан).

В первой из них [19] 90 больных с пояснично-крестцовой дорсопатией путем простой рандомизации были распределены на 3 группы. Помимо стандартной терапии, в двух группах препарат Алфлутоп вводили внутримышечно: в 1-й самостоятельно (группа контроля), во 2-й — в комплексе с классическим иглоукалыванием. В 3-й, основной, группе выполняли фармакопунктуру этим средством. Таким образом, последние две группы представляли собой варианты традиционного (условно «восточного») лечебного воздействия.

Непосредственно по завершении лечения отмечено преимущество традиционных методик над внутримышечным введением Алфлутопа. В частности, улучшение состояния в этих группах суммарно достигало 70%, тогда как в группе контроля — 50% (различия достоверны). Устойчивые эффекты здесь также развивались в среднем на 0,8–1,6 процедуры ранее, чем в группе контроля.

Эти показатели согласовывались с результатами дополнительного обследования. В частности, фармакопунктура Алфлутопом обеспечивала редукцию вазо-рефлекторных реакций с восстановлением ($p < 0,05$) показателей реовазограмм и доплерограмм сосудов нижних конечностей. Подобный эффект, нехарактерный для самого препарата, свидетельствовал о расширении терапевтических возможностей метода за счет рефлекторного компонента.

Катамнестический анализ подтвердил устойчивость лечебных эффектов, достигаемых именно в ходе фармакопунктуры препаратом Алфлутоп. По истечении полугодия обострения в данной группе в сравнении с другими группами протекали реже (в

28%) и в более мягкой форме, что согласуется с данными дополнительного обследования.

Тем не менее необходимо отметить, что полученные результаты по ряду позиций сопоставимо ($p < 0,05$) уступали эффектам, наблюдаемым при фармакопунктуре гомеопатическими средствами.

Учитывая этот факт, была поставлена задача повышения результативности фармакопунктуры Алфлутопом за счет дополнительного применения одного из аппаратных способов рефлексотерапии. В этом исследовании [18] 120 пациентов с дорсопатией на пояснично-крестцовом уровне были распределены путем рандомизации на 4 группы. Во всех них проводили стандартную терапию, причем в группе контроля это лечение являлось основным. Кроме того, в 1-й группе применяли низкоинтенсивную частотно-волновую терапию, во 2-й — фармакопунктуру препаратом Алфлутоп, в 3-й группе использовали комплекс, состоящий из частотно-волновой терапии и фармакопунктуры препаратом.

Анализ динамики клинических коррелятов дорсопатии с высокой степенью достоверности подтвердил преимущество комплекса, включающего фармакопунктуру, по ряду позиций и в том числе по восстановлению качества жизни пациентов. Улучшение состояния в случае сочетанного воздействия было отмечено в 86,7% наблюдений против 60,0–73,3% в сравниваемых группах.

Параллельно установлено структурно-модифицирующее влияние предложенного комплекса, подтверждаемое положительной динамикой показателей ультразвуковой видеоденситометрии межпозвонковых дисков. В частности, количественное (в 1,4–1,9 раза) улучшение структурных характеристик в искомой группе достоверно превосходило показатели сравниваемых групп. Сами сдвиги указывали на повышение гидрофильности диска и снижение выраженности дегенеративно-дистрофического процесса.

Обострения вертеброгенного процесса в сравнении с другими группами также отмечались реже в случае комплексной терапии. Здесь по истечении полугодия рецидивы установлены в 10,3% наблюдений, тогда как в других группах — в 23–35% при достоверности различий. Соответственно, степень выраженности жалоб и симптомов в наименьшей степени отмечалась именно у больных, получивших комплексное воздействие, включающее фармакопунктуру.

Таким образом, в ходе анализа представленных РКИ был получен положительный ответ на прежде спорный вопрос об эффективности фармакопунктуры «классическими» лекарственными средствами.

Что касается общего итога выполненных работ, посвященных коррекции состояния больных дорсопатиями, то он сводится к следующим постулатам:

- научно, на высоком убедительном уровне доказана эффективность и терапевтическая надежность фармакопунктуры, выполняемой комплексными гомеопатическими средствами;
- результативность подобного применения «классического» медикамента может быть повышена за счет дополнительного назначения лечебных аппаратных методов.

Использование метода при патологических состояниях, ассоциированных с дорсопатиями

В данном разделе представлены сведения о результативности фармакопунктуры при распространенной соматической патологии, сопряженной (в той или иной степени) с вертеброгенным процессом.

Первые работы по данной теме [20] начала 2000-х, далекие от принципов доказательности, были посвящены в первую очередь констатации достигаемого путем фармакопунктуры эффекта. В частности, в одной из подобных работ [21] под наблюдением находилось 52 пациента в возрасте до 65 лет с сердечно-сосудистой патологией, сочетающейся с вертеброгенным синдромом. В ходе лечебного воздействия использовали фармакопунктуру комплексными препаратами Траумель С и Цель Т в виде монотерапии; других медикаментов или физиотерапевтических процедур пациентам не назначалось. При этом препараты вводили в 4–6 точек соответственно локализации боли, всего на курс 10–12 процедур.

К моменту окончания терапии на фоне улучшения показателей сердечно-сосудистой системы в 28 наблюдениях вертеброгенный болевой синдром был купирован, в 22 случаях снижен, и только у 2 пациентов с последствиями дискэктомии эффекта не наблюдалось. Оценивая результаты лечения, авторы отмечали выраженный противоболевой эффект на фоне улучшения общего состояния. Понятно, что убедительность данного исследования невысока и соответствует уровню доказательства С.

Эти сведения могут быть дополнены результатами сходного по уровню убедительности исследования, также посвященного лечению пациентов с гипертонической болезнью [22]. Указывается, что включение в лечебный комплекс фармакопунктуры препаратов Гепар композитум и Убихинон композитум обеспечивает положительное влияние, проявляясь вазодилатацией и повышением реактивности на нитроглицериновую нагрузку.

Следующее исследование [23], уже более доказательного характера, было посвящено лечению пациентов с гипертонической болезнью 1–2-й стадии путем использования фармакопунктуры обширной группы гомеопатических средств. Под наблюдением находилось 134 пациента от 43 до 59 лет, обследованных путем клинического, психологического и биохимического анализа, а также с помощью аппаратных

способов (магнитно-резонансной томографии, электрокардиографии, реоэнцефалографии и ультразвуковой доплерографии сосудов шеи и головы).

Наличие артериальной гипертензии у пациентов подтверждалось уровнем систолического артериального давления, составляющего в среднем 165,4±1,4 мм рт.ст., и диастолического артериального давления — 86,7±1,8 мм рт.ст. Кроме того, у 65% пациентов в ходе электрокардиографии были зарегистрированы нерезкие изменения со стороны миокарда, предположительно метаболического характера. По результатам психологического обследования, усредненный профиль метода многостороннего исследования личности свидетельствовал о формировании астенодепрессивного синдрома.

Во всех наблюдениях на рентгенограммах шейного отдела позвоночника выявлялись характерные для остеохондроза структурные изменения. Соответственно, анализ реоэнцефалографии отразил гипертонус артерий мелкого и среднего калибра, а ультразвуковая доплерография экстракраниальных сосудов — снижение линейной скорости кровотока по затылочным артериям при развитых коллатералях.

В лечебной фазе пациенты были разделены на 2 группы, в которых базовой являлась стандартная медикаментозная терапия. В группе контроля (n=35) ограничивались данным подходом, а в основной группе (n=99) дополнительно выполняли фармакопунктуру. В качестве агентов фармакопунктуры использовали ряд препаратов, перечень и характеристики которых представлены в табл. 1.

Данные препараты вводили дифференцированно, в зависимости от большого разнообразия выбранных точек, т.е. вне унификации подходов, что в свою очередь относит работу в разряд Пв-класса рекомендаций.

В результате установлено превосходство комплекса, включающего фармакопунктуру, над общепринятым подходом. Это проявлялось степенью улучшения общего состояния больных, снижением частоты болевых эпизодов в области сердца и положительной достоверной динамикой биохимических

Таблица 1

Перечень используемых в работе комплексных гомеопатических средств

Средство	Действие
Церебрум композитум	Стимуляция процессов регенерации
Лимфомиозот	Усиление дренажной функции организма
Гепар композитум	Улучшение детоксикации
Траумель С	Регресс воспалительных изменений
Солидаго композитум	Восстановление выделительной функции почек

маркеров, что не было характерным для контрольной группы. Тенденция к нормализации профиля метода многостороннего исследования личности также прослеживалась только в основной группе.

В этой группе уровень среднедневного артериального давления приближался к нормальным цифрам (систолическое артериальное давление — $123,8 \pm 1,3$ мм рт. ст., диастолическое артериальное давление — $72,7 \pm 1,9$ мм рт. ст.), тогда как в группе контроля параметры соответствовали $127,3 \pm 0,9$ и $84,8 \pm 1,3$ мм рт. ст. Сравнительный анализ электрокардиограмм в целом не отразил значимой динамики показателей. С другой стороны, в основной группе, в отличие от группы контроля, выявлено улучшение ряда показателей реограмм и доплерограмм как отражение улучшения кровоснабжения исследуемых областей мозга.

В другом исследовании, близком по уровню предыдущему (Ib-класс рекомендаций), было отобрано 50 пациентов с астеническими и невротическими расстройствами на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника [24]. В клинической картине доминировали утомляемость, непереносимость длительных нагрузок, особенно связанных со статическим мышечным напряжением, головная боль, затруднение в осмыслении, концентрации внимания, забывчивость.

С целью детализации психического статуса пациентов проводили анализ феноменов памяти, внимания, работоспособности, особенностей мышления и эмоционального состояния. При этом подтверждением невротического характера части клинических проявлений служили данные реографии в виде значительной асимметрии кровотока и сосудистой дистонии в бассейнах вертебральных артерий.

Больные до обращения принимали психотропные средства, однако в исследовании получали только фармакопунктуру препаратами Цель Т, Траумель С, Дискус композитум, Церебрум композитум. Обилие и многокомпонентный состав препаратов обеспечили охват всех нарушений, включая невротические, однако подобный дизайн работы не способствовал усилению ее доказательности. В частности, препараты вводили в различной последовательности (в зависимости от показаний к применению и клинической картины), т.е. вне унификации.

Тем не менее после двух-трех процедур фармакопунктуры прослеживалось купирование боли в шейной и плечелопаточной области на фоне снижения выраженности вазо-вегетативных проявлений. Иные проявления (головное головокружение, фотопсия, головная боль) утрачивали остроту к моменту завершения терапии. Реоэнцефалография, выполненная в этой фазе, отразила уменьшение асимметрии сторон на фоне увеличения кровенаполнения в бассейне сонных и вертебральных артерий.

Кроме того, в результате фармакопунктуры наиболее выраженные сдвиги претерпевали проявления

астенического и тревожного регистра. В целом значительное улучшение по всем исследуемым параметрам наблюдалось в 67,5% случаев, улучшение — в 15%, без изменений — в 7,5%, ухудшение — в 10%. Динамика отдельных проявлений, укладываемая в рамки статистической достоверности, представлена в табл. 2.

Основной вывод, вытекающий из исследования, сводится к постулату о потенцировании местного и общего лечебных эффектов, формируемых в ходе фармакопунктуры.

В исследовании того же класса (Ib-класс рекомендаций) представлены результаты лечения 58 пациентов в возрасте до 64 лет с проявлениями вертебрально-базиллярной недостаточности. Клиническая картина складывалась из хрестоматийных головной боли, головокружения, зрительных и вестибулярных расстройств, а также чувствительных и вегетативных расстройств [25].

С целью верификации клинических данных выполняли рентгенографию и магнитно-резонансную томографию позвоночника, магнитно-резонансную томографию сосудов головы и шеи, ультразвуковую доплерографию и мануальную диагностику. Соответственно, у всех пациентов были выявлены рентгенологические признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника и снижение скорости кровотока в позвоночных артериях. В процессе мануального тестирования отмечались множественные функциональные блоки позвоночника, а также тонусо-силовой дисбаланс в мышцах шейного региона.

Было выделено 2 группы терапевтического вмешательства. Пациентам основной группы ($n=36$) проводили фармакопунктуру комплексными гомеопатическими препаратами в сочетании с отдельными приемами мануальной терапии. Отметим, что подбор точек и собственно препаратов различался в зависимости от преимущественной локализации функциональных блоков в различных сегментах по-

Таблица 2
Уровень регресса отдельных патологических проявлений

Симптом	Выраженность, в баллах	
	До	После
Повышенная физическая утомляемость	2,03	1,50
Трудности засыпания	1,83	1,17
Снижение работоспособности	1,78	1,30
Раздражительность	1,75	1,23
Ухудшение внимания, памяти	1,73	1,08
Чувство внутреннего напряжения	1,73	1,25
Повышенная умственная утомляемость	1,50	1,10
Колебание настроения	1,48	1,18
Заторможенность, вялость	1,40	1,05

DOI: <http://dx.doi.org/10.17816/1681-3456-2018-17-5-284-296>
Клинические рекомендации

звоночника. В группе контроля ($n=22$) использовали исключительно процедуры мануального воздействия с периодичностью одна в неделю.

В итоге регресс неврологической симптоматики, включая головокружение, по завершении терапии был достоверно отчетливее в основной группе. В этой группе средняя скорость кровотока по позвоночным артериям достоверно возросла с $26,1 \pm 2,8$ до $35,1 \pm 2,8$ см/с, тогда как в контроле — с $26,1 \pm 2,8$ до $29,6 \pm 2,8$ см/с.

Согласно представленным выводам, фармакопунктура способствует быстрому регрессу симптоматики и улучшению состояния пациентов с вертебрально-базиллярной недостаточностью, к тому же повышает эффективность мануальной терапии в 2 раза.

Исследование иного — рандомизированного типа — исследования подтвердило благотворное влияние фармакопунктуры средствами природного происхождения на вариабельность сердечного ритма — маркера вегетативного обеспечения организма [26]. Участники исследования — 40 здоровых мужчин — были разделены на 2 группы: в 1-й в точки акупунктуры вводили экстракт из рога оленя (*Cervi Pantotrichum Cornu*), во 2-й — экстракт ремании клейкой (*Rehmannia glutinosa*). Изменения вариабельности сердечного ритма для каждой группы анализировали с использованием парного t -теста ($p < 0,05$), а разность флуктуаций вариабельности сердечного ритма между группами оценивали с помощью независимого теста выборки ($p < 0,05$).

Также на высоком научном уровне (класс рекомендаций сильный, I) в Москве и Краснодарском крае были выполнены две взаимосвязанные работы, приобретающие характер многоцентрового исследования и положенные в основу специальных методических рекомендаций [27]. В первой из них проведен сравнительный анализ эффективности различных схем фармакопунктуры в коррекции сексуальной деятельности у мужчин с дорсопатией [28]. В этой связи следует отметить частоту и своеобразие половых нарушений при дорсопатиях, в основе которых лежит переплетение гуморальных, астено-невротических и рефлекторно-сосудистых звеньев [29, 30].

Под наблюдением находилось 90 пациентов в возрасте до 50 лет. В данной группе, отобранной из 200 мужчин, прослеживалась причинно-следственная связь между вертеброгенной и сексуальной патологией. Наряду с неврологическим всем больным проводили сексологический, биохимический и психологический анализ. Из электрофизиологических методов использовали реовазографию, доплерографию и электростимуляционную миографию.

Обследуемые были разделены на 3 рандомизированные группы — две основные и одну контроля, каждая из 30 человек. Поскольку больные находились вне стадии обострения вертеброгенного процесса,

акцент в лечении был сделан на восстановление половой деятельности. В основных группах базисным препаратом являлся Тестис композитум, тропный к урогенитальной сфере. При этом в 1-й группе препарат вводили внутримышечно, во 2-й — путем фармакопунктуры. В последнем случае препарат инъецировали в 4–6 точек в зонах метамерного отражения гениталий: надлобковой и пояснично-крестцовой области, а также на внутренней поверхности голени и стоп. В 3-й группе проводили фармакопунктуру физиологическим раствором в указанные точки рефлексотерапии. Данная техника, являющаяся плацебо, обеспечивает тем не менее пролонгированную стимуляцию точек за счет рефлекторного механизма. Независимо от способа инъекции и применяемого средства, курс лечения состоял из 10 процедур, проводимых по 3 раза/нед.

По завершении лечебного курса во 2-й и 3-й группах отмечены положительные, в целом сопоставимые результаты, превосходящие показатели 1-й группы. Так, в ходе фармакопунктуры независимо от применяемого средства установлено возрастание показателей половой деятельности в среднем в 1,3–1,4 раза, тогда как на внутримышечное введение препарата — в 1,2 раза. Соответственно, в группах фармакопунктуры «улучшение состояния» и «незначительное улучшение состояния» суммарно равнялось 68% наблюдений против 46% в 1-й группе (групповые различия достоверны).

Клинические данные были верифицированы результатами дополнительного обследования. При этом, несмотря на эффективность групп фармакопунктуры, улучшение гормонального профиля прослеживалось только в результате инъекций гомеопатического препарата — как внутримышечно, так и в точки рефлексотерапии. Это подтверждается увеличением ($p < 0,05$) концентрации половых гормонов и тенденцией к нормализации соотношения этих и тропных гормонов гипофиза. С другой стороны, положительные изменения психического статуса были связаны с достигаемым улучшением сексуальной деятельности. Нарастание уровня кровенаполнения малого таза также было характерным для групп фармакопунктуры, подтверждая ведущую роль рефлекторного компонента метода.

Следовательно, непосредственно после лечения установлен приоритет фармакопунктуры (как гомеопатическим средством, так и физиологическим раствором) над внутримышечным введением препарата. С другой стороны, представления о кумулятивном эффекте гомеопатической терапии, а также благоприятные гормональные сдвиги на фоне внутримышечных инъекций препарата обусловили проведение отставленной оценки.

Анализ, выполненный по истечении полугодия, отразил изменения в соотношении достигнутых ре-

зультатов. В обеих группах использования Тестис композитум терапевтический эффект носил стабильный характер, даже с некоторым дальнейшим его ростом во 1-й группе. Так, в этой группе результативность выросла с 46,6 до 52,3%, во 2-й — сохранилась на практически исходном уровне (64 против 66,6%). В 3-й группе (фармакопунктура физиологическим раствором) положительные лечебные результаты, напротив, оказались менее стойкими, катастрофически снизившись с 63,3 до 40%

Таким образом, в результате исследования установлено, что эффект от применения Тестис композитум значительно (достоверно) усиливается в случае введения его в точки рефлексотерапии за счет дополнительного развертывания рефлекторного механизма.

В развитие полученных данных было выполнено еще одно рандомизированное плацебоконтролируемое исследование. Под наблюдением находилось 90 мужчин в возрасте до 55 лет с сексуальными расстройствами, ассоциированными с артериальной гипертензией [31]. В пользу связи этих феноменов свидетельствовало формирование половых расстройств на фоне эскалации основного процесса, а также нарастание выраженности дисфункций в случае расширения объема лекарственной коррекции артериальной гипертензии. Кроме того, у половины мужчин были выявлены одно или несколько отягчающих заболеваний, преимущественно в виде дорсопатии на шейно-грудном или пояснично-крестцовом уровне.

Методы обследования и деление пациентов на группы совпадало с дизайном предыдущей работы. В частности, обследуемые лица были разделены на 3 рандомизированные группы: две основные и одну сравнения, каждая из 30 человек. В основных группах базисным являлся все тот же препарат Тестис композитум, который в 1-й группе вводили внутримышечно, во 2-й — путем фармакопунктуры. В 3-й группе, сравнения, проводили фармакопунктуру физиологическим раствором. Курс лечения во всех группах состоял из 10 процедур, проводимых 3 раза/нед.

По завершении лечебного курса во 2-й и 3-й группах (методики фармакопунктуры) отмечены сопоставимые результаты (63–66% наблюдений), превосходящие показатели 1-й группы, равные 43%. Соответственно, в ходе обеих схем фармакопунктуры показатели половой деятельности пациентов возрастали в среднем в 1,3–1,4 раза, тогда как в 1-й группе — в 1,1 раза.

При этом, как и в предыдущем исследовании, улучшение гормонального профиля прослеживалось только в результате применения гомеопатического препарата — как внутримышечно, так и путем фармакопунктуры. С другой стороны, сходные положительные изменения в психическом состоянии и сосу-

дистом обеспечении были характерными для групп с использованием фармакопунктуры и в меньшей (достоверно) степени — внутримышечного введения медикамента.

Анализ, выполненный по истечении полугодия, отразил изменения в соотношении указанных результатов. Так, в случае использования Тестис композитум терапевтический эффект носил стабильный характер, тогда как в группе сравнения положительные лечебные результаты оказались менее стойкими, снизившись на 1/3. Клинические характеристики были подтверждены результатами психологического тестирования и реовазографии малого таза.

Проведенное исследование на доказательном уровне подтвердило результативность фармакопунктуры при анализируемой патологии. Также не исключена вероятность устранения осложнений лекарственной гипотензивной терапии в ходе фармакопунктуры, в пользу чего свидетельствует приведенная выше ссылка [24].

Полученные данные совпадают со сведениями о применении фармакопунктуры при дисфункциях, ассоциированных с вертеброгенной патологией [28], что придает этим результатам характер закономерности. В таком случае можно говорить об известной универсальности технологии фармакопунктуры, обеспечивающей регресс нарушений при различной соматической патологии.

Противопоказания

Противопоказания к фармакопунктуре соответствуют общим противопоказаниям к рефлексотерапии: неопластический синдром, гипертермический синдром (лихорадка, температура тела больного свыше 38°C), синдром системной (сердечной, сосудистой, дыхательной, почечной и печеночной) и полиорганной (общее тяжелое состояние больного) недостаточности, кахектический синдром (резкое общее истощение).

Мониторинг

Данные клинические рекомендации отражают результаты последних исследований в области применения фармакопунктуры с лечебно-реабилитационными и профилактическими целями по состоянию на 2017 г.

ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Лечение пациентов с дорсопатией

Рекомендация № 1

Рекомендуемые точки:

- сегментарные — Т3, 5, 14, V10–13, 23–28, 31–34, VB20, 21;
- локальные — пункты максимальной болезненности, расположенные преимущественно по ходу

меридиана мочевого пузыря.

Примерное сочетание точек:

- Т3, V23(2), V57 (со стороны боли), V60(2);
- Т14, V11(2), GI14, 15 (со стороны боли).

Применяемые средства:

- Реопирин;
- Мидокалм;
- Траумель С;
- Дискус композитум;
- Цель Т;
- Плацента композитум.

Лечение пациентов с синдромом позвоночной артерии

Рекомендация № 2

Рекомендуемые точки:

- подбор сегментарных и локальных точек соответствует общей схеме выбора пунктов при дорсопатиях;
- кроме того, выбирают точку позвоночной артерии, расположенную на 2/3 расстояния от С2 до сосцевидного отростка. Данный пункт рассматривают в качестве проекции наиболее спазмогенного участка артерии, что обуславливает достигаемый эффект в виде нормализации мозгового кровотока

Применяемые средства: то же, что и при дорсопатиях.

Лечение пациентов с головной болью

Рекомендация № 3

Примерное сочетание точек в зависимости от локализации боли:

- лобная — GI4, E36, 41, TR5; местно — VB3, 14, T24 ин-ган;
- височно-теменная — VB40, V64; местно — T22, 23, E8, VB5, 14;
- затылочная — VB20, T14, V11; местно — T20, VB12, V4.

Применяемые средства:

- Имигран;
- Трамадол;
- Траумель С;
- Церебрум композитум;
- Гепар композитум.

Лечение пациентов с артериальной гипертензией на фоне дорсопатии

Рекомендация № 4

Рекомендуемые точки:

- J15;
- V24;
- MC6;
- TR5;
- GI11;
- IG14;

- VB39;
- E36;
- RP6;
- 10.

Примерное сочетание точек:

- J15, MC6(2), RP10(2);
- V24, TR5(2), VB39(2).

Применяемые средства:

- Пиндолол;
- Энап;
- Корданум.

Лечение пациентов с вегетососудистой дистонией

Рекомендация № 5

Рекомендуемые точки: принципиально значим выбор точек, имеющих общую вегетативную иннервацию с сосудистыми бассейнами диэнцефальной области — T13–17, 20, 24, VB12, 14, 20, V11–15, IG10. Дополнительно, с учетом основных клинических проявлений, выбирают отдаленные точки. В частности, в случае сдвигов сердечной деятельности, протекающих по гипертоническому типу, показано торможение точек меридиана перикарда и сердца — MC6, 7, C5, 7, а также RP6, G11, 14, VB20, 21. Напротив, пониженное артериальное давление корректируется возбуждением указанных пунктов.

Примерное сочетание точек:

- GI4(s), V62(2).

Применяемые средства:

- Убихинон композитум;
- Церебрум композитум;
- Вертигохель.

Лечение пациентов с вертебрально-базилярной недостаточностью

Рекомендация № 6

Рекомендуемые точки:

- как и в случае с вегетососудистой дистонией, выбирают точки, имеющие общую вегетативную иннервацию с сосудистыми бассейнами диэнцефальной области — T13–17, 20, 24, VB12, 14, 20, V11–15, IG10;
- дополнительно, с учетом основных клинических проявлений процесса, выбирают отдаленные точки.

Применяемые средства:

- Убихинон композитум;
- Церебрум композитум;
- Вертигохель.

Лечение пациентов с невротическими нарушениями

Рекомендация № 7

Рекомендуемые точки:

- выбор точек общего действия определяется характером жалоб и картиной заболевания;

- устранение чувства тревоги, страха достигают стимуляцией точек меридиана сердца — С5, 7;
- при депрессивных проявлениях раздражают С3, 9 и дополнительно GI2–4, E37, MC6, TR5, VB34;
- в случае астении особо показаны GI11, E36, RP6, 9, V11, MC6, TR6, VB34, J4, 6, T14;
- с целью купирования характерных вегетососудистых расстройств воздействуют на пункты воротниковой зоны (VB20, 21, T14, V11) и «сосудистые» точки MC6, TR6, F2, 3;
- отдельно выделяют локусы, специфичные для патологии сна, — F2, TR14, C5, V62, GI4, IG6, P7;
- с учетом локализации головной боли: лобной — GI4, E44, V60; теменной — V63, T2,3; затылочной — IG3, V62, 64; височной — TR5, VB41.

Применяемые средства:

- Седуксен;
- Калмпоуз;
- Эхинацея композитум С;
- Церебрум композитум;
- Коэнзим композитум.

Лечение мужчин с сексуальными дисфункциями

Рекомендация № 8

Рекомендуемые точки:

- сегментарные — J2–5, R11–14, RP12–14, T2–4, V22–26, V31–34;
- отдаленные — RP6–9, R3–6, F6–9, E36, GI4, VB34, MC6, TR5.

Примерные схемы сочетания точек:

- R11(2), RP(2);
- T4, V23(2), V60(2).

Применяемые средства:

- Плазмол;
- Церебролизин;
- Тестис композитум.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные рекомендации основаны на научном анализе эффективности фармакопунктуры в лечении пациентов с дорсопатией и ассоциированных с ней состояниями по унифицированным протоколам, позволяющим точно и надежно оценить степень их результативности.

Применение подобной концепции доказательной медицины в области рефлексотерапии обеспечивает переход последней на новый этап развития. При этом достижение реальной пользы от рекомендаций зависит от систематичности применения методов доказательной рефлексотерапии практическими врачами в своей работе. В этой связи отметим, что изменение мышления рефлексотерапевтов с оценки эффекта конкретного способа к оценке результативности лечения в целом не менее важно, чем внедрение новых, в том числе аппаратных, технологий.

Источник финансирования. Настоящие рекомендации разработаны без привлечения внешних источников финансирования. В процессе работы ни на одном из этапов подготовки рекомендаций не применялось косвенного или прямого вариантов финансирования со стороны коммерческих, государственных, а также иных, некоммерческих организаций.

Конфликт интересов. В составе рабочей группы по составлению данных рекомендаций отсутствовали предпосылки для внутреннего конфликта интересов. Это во многом объясняется тем, что в силу особенностей выполнения фармакопунктуры (широкого диапазона предложенных техник и используемых лекарственных средств) конфликт интересов в данной области медицинской практики наименее вероятен. При этом исследования членов рабочей группы, как указано выше, не были финансированы внешними источниками. Кроме того, фармакопунктура применяется, согласно показаниям, в сочетании с другими методами медикаментозного и физического воздействия, что нивелирует вероятность конфликта интересов групп специалистов, участвующих в разработке рекомендаций и лечении пациентов с различными заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попелянский Я.Ю. *Ортопедическая неврология (Вертеброневрология)*: Руководство для врачей. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.; 2011. — 672 с.
2. Lee D.J., Hwangbo M., Kwon K., Seo H.S. Review of cervi cornu parvum pharmacopuncture in korean medicine // *J Pharmacopuncture*. — 2013. — Vol.16. — №2. — P.7–14.
3. Kim J., Kang D.I. A Descriptive Statistical Approach to the Korean pharmacopuncture therapy // *J Acupunct Meridian Stud*. — 2010. — Vol.3. — №3. — P.141–149. doi: 10.1016/S2005-2901(10)60029-5.
4. Kim M.R., Shin J.S., Lee J., et al. Safety of acupuncture and pharmacopuncture in 80,523 musculoskeletal disorder patients: a retrospective review of internal safety inspection and electronic medical records // *Medicine (Baltimore)*. — 2016. — Vol.95. — №18. — P. e3635. doi: 10.1097/MD.0000000000003635.
5. Lee K.H., Cho Y.Y., Kim S., Sun S.H. History of research on pharmacopuncture in Korea // *J Pharmacopuncture*. — 2016. — Vol.19. — №2. — P. 101–108. doi: 10.3831/KPI.2016.19.010.
6. Lee Y.J., Shin J.S., Kim M., et al. Usage report of pharmacopuncture in musculoskeletal patients visiting Korean medicine hospitals and clinics in Korea // *BMC Complement Altern Med*. — 2016. — Vol.16. — №1. — P. 292. doi: 10.1186/s12906-016-1288-5.
7. Kim Y.J., Lee C.H., Kim J.U., Yook T.H. Effects of distilled Cervi pantotrichum cornu and Rehmannia glutinosa pharmacopuncture at GB21 (Jianjing) on heart rate variability: a randomized and double-blind clinical trial // *J Acupuncture Meridian Studies*. — 2016. — Vol.9. — №6. — P. 311–318. doi: 10.1016/j.jams.2016.11.001.
8. Петроченко М.А. Опыт применения комплексных гомеопатических препаратов Траумель С и Дискус композитум у пациентки с дискогенной радикулопатией // *БМ: Биологическая медицина*. — 2012. — №2. — С. 63–64.
9. Чигарев А.А. Обоснование и практический опыт использования фармакопунктуры антигомотоксическими препаратами в лечении пациентов с болевыми синдромами в спине // *БМ: Биологическая медицина*. — 2010. — №2. — С. 47–50.
10. Комлева Н.Е. *Совершенствование реабилитационно-профилактических мероприятий на основе технологий восстановительной медицины для пациентов с вертеброневрологическими заболеваниями*: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М.; 2012. — 46 с. Доступно по: <http://medical-diss.com/docreader/354963/a/?#?page=1>. Ссылка активна на 12.10.2019.
11. Фероян Э.В., Кокаиа Л.Э., Сулаберидзе Г.Д. Комплексный подход к лечению болевого синдрома шейного позвоночного остеохондроза // *Медицинские новости Грузии*. — 2009. — №170. — P. 46–49.
12. Путилина Н.Е. *Фармакопунктура как метод оптимального применения комплексного гомеопатического препарата Дискус композитум в восстановительной коррекции нейровертеброгенных синдромов*: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М.; 2001. — 21 с. Доступно по: <https://vivaldi.nlr.ru/bd000068018/view/>. Ссылка активна на 12.10.2019.
13. Боддин А.В. *Фармакопунктура в восстановительной коррекции функционального состояния при вертеброгенных нейрососудистых синдромах*: Дис. ... канд. мед. наук. — М.; 2004. — 126 с. Доступно по: <https://www.dissercat.com/content/farmakopunktura>

DOI: <http://dx.doi.org/10.17816/1681-3456-2018-17-5-284-296>
Клинические рекомендации

- v-vosstanovitelnoi-korreksii-funktsionalnogo-sostoyaniya-pri-vertebrogenykh. Ссылка активна на 12.10.2019.
- Кузьмина И.В. *Оптимизация рефлекторных методов воздействия при дорсопатиях*: Дис. ... канд. мед. наук. — М.; 2015. — 125 с. Доступно по: <https://www.dissercat.com/content/optimizatsiya-reflektornykh-metodov-vozddeystviya-pri-dorsopatiyakh>. Ссылка активна на 12.10.2019.
 - Журавлев В.А. Рефлексо- и физиотехники в комплексном лечении больных с дорсопатиями / Актуальные аспекты восстановительной медицины. — Новосибирск; 2009. — С. 20-22.
 - Макарова Л.Д., Козлов А.А., Михайлова Л.И., Браилко Н.В. Фармакопунктура Алфлутопа в комплексном лечении вертебрoneврологических синдромов / Международный конгресс «Рефлексотерапия и мануальная терапия в 21 веке»; Май 19-21, 2006; Москва. — М.; 2006. — С. 230–231.
 - Макина С.К. *Применение частотно-волновой терапии в комплексе реабилитационных мероприятий при пояснично-крестцовой дорсопатии*: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М.; 2014. — 25 с. Доступно по: <http://medical-diss.com/docreader/387034/a/#?page=1>. Ссылка активна на 12.10.2019.
 - Тихая О.А. *Оптимизация традиционных технологий восстановительной медицины*: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М.; 2007. — 18 с. Доступно по: <http://medical-diss.com/docreader/286086/a/#?page=1>. Ссылка активна на 12.10.2019.
 - Николаев В.В., Багрова Т.А., Бибя К.Е. Клинический опыт применения гомеосиниатрии в амбулаторной практике // *ВМ: Биологическая медицина*. — 2003. — №3. — С. 40–43.
 - Митюхина В.М., Цэцулеску А., Шляпникова О.В. Антигемотоксическая терапия опорно-двигательного аппарата у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // *ВМ: Биологическая медицина*. — 2001. — №1. — С. 60–61.
 - Nadkevich F., Babinets I. The application of antihomotoxic drug preparations in the complex treatment in patients with neurological manifestations of lumbar osteochondrosis // *Lik sprava*. — 2015. — №7–8. — P. 52–57. (In Ukrainian).
 - Михайлова А.А., Поспелова А.А. Гомеосиниатрическое лечение больных гипертонической болезнью I-II стадии в условиях амбулаторного приема // *ВМ: Биологическая медицина*. — 2014. — №2. — С. 58–64
 - Румянцева Г.М., Яковенко А.М., Левина Т.М., Артюхова М.Г. Эффективность терапии невроподобных расстройств при остеохондрозе шейного отдела позвоночника препаратами фирмы Хелль // *ВМ: Биологическая медицина*. — 1997. — №2. — С. 46–52.
 - Тяжелников А.А. Опыт применения антигемотоксических препаратов у больных с вертебрально-базиллярной недостаточностью // *ВМ: Биологическая медицина*. — 2009. — №2. — С.49–53.
 - Kim S.H., Jung D.J., Choi Y.M., et al. Trend of pharmacopuncture therapy for treating cervical disease in Korea // *J Pharmacopuncture*. — 2014. — Vol.17. — №4. — P. 7–14. doi: 10.3831/KPI.2014.17.031.
 - Агасаров Л.Г., Васильченко Г.С., Карпов А.С., и др. Методические рекомендации по клиническим испытаниям новых лекарственных средств, применяемых в мужской сексологии и сексopatологии // *Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения*. — 2002. — №2 — С. 18–23.
 - Мхитарян Г.А. *Фармакопунктура в восстановительной коррекции половых расстройств у мужчин*: Дис. ... канд. мед. наук. — М.; 2006. — 106 с. Доступно по: <https://www.dissercat.com/content/farmakopunktura-v-vosstanovitelnoi-korreksii-polovyykh-rasstroystv-u-muzhchin-0>. Ссылка активна на 12.10.2019.
 - Агасаров Л.Г. *Руководство по рефлексотерапии*: учебное пособие. — М.; 2001. — 304 с.
 - Агасаров Л.Г. *Технологии восстановительного лечения при дорсопатиях*: учебное пособие. — М.; 2010. — 96 с.
 - Садовский М.В. *Методы традиционной медицины в восстановлении половой деятельности мужчин с артериальной гипертензией*: Дис. ... канд. мед. наук. — М.; 2011. — 107 с. Доступно по: <https://www.dissercat.com/content/metody-traditsionnoi-meditsiny-v-vosstanovlenii-polovoi-deyatelnosti-muzhchin-s-arterialnoi-> Ссылка активна на 12.10.2019.
 - Lee DJ, Hwangbo M, Kwon K, Seo HS. Review of Cervi cornu parvum pharmacopuncture in Korean medicine. *J Pharmacopuncture*. 2013;16(2):7–14. doi: 10.3831/KPI.2013.16.008.
 - Kim J, Kang DI. A descriptive statistical approach to the Korean pharmacopuncture therapy. *J Acupunct Meridian Stud*. 2010;3(3):141–149. doi: 10.1016/S2005-2901(10)60029-5.
 - Kim MR, Shin JS, Lee J, et al. Safety of acupuncture and pharmacopuncture in 80,523 musculoskeletal disorder patients: a retrospective review of internal safety inspection and electronic medical records. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(18):e3635. doi: 10.1097/MD.00000000000003635.
 - Lee KH, Cho YY, Kim S, Sun SH. History of research on pharmacopuncture in Korea. *J Pharmacopuncture*. 2016;19(2):101–108. doi: 10.3831/KPI.2016.19.010.
 - Lee YJ, Shin JS, Lee J, et al. Usage report of pharmacopuncture in musculoskeletal patients visiting Korean medicine hospitals and clinics in Korea. *BMC Complement Altern Med*. 2016;16(1):292. doi: 10.1186/s12906-016-1288-5.
 - Kim YJ, Lee CH, Kim JU, Yook TH. Effects of distilled Cervi panto-trichum cornu and Rehmannia glutinosa pharmacopuncture at GB21 (Jianjing) on heart rate variability: a randomized and double-blind clinical trial. *J Acupunct Meridian Stud*. 2016;9(6):311–318. doi: 10.1016/j.jams.2016.11.001.
 - Petrochenko MA. Opyt primeneniya kompleksnykh gomeopateskikh preparatov Traumel' S i Diskus kompozitum u patsientki s diskogennoi radikulopatiei. *ВМ: Биологическая медицина*. 2012;(2):63–64. (In Russ).
 - Chigarev AA. Obosnovanie i prakticheskii opyt ispol'zovaniya farmakopunktury antigemotoksicheskimi preparatami v lechenii patsientov s bolevymi sindromami v spine. *ВМ: Биологическая медицина*. 2010;(2):47–50. (In Russ).
 - Komleva NE. *Sovershenstvovanie reabilitatsionno-profilakticheskikh meropriyatii na osnove tekhnologii vosstanovitel'noi meditsiny dlya patsientov s vertebronevrologicheskimi zabolovaniyami* [cited 2019 Oct 10]. [dissertation abstract] Moscow; 2012. 46 p. Available at: <http://medical-diss.com/docreader/354963/a/#?page=1>. (In Russ).
 - Feroian EV, Kokaia LE, Sulaberidze GD. The complex approach to treatment of pain syndrome of cervical vertebral osteochondrosis. *Georgian Med News*. 2009;(170):46–49. (In Russ).
 - Putilina NE. *Farmakopunktura kak metod optimal'nogo primeneniya kompleksnogo gomeopateskogo preparata Diskus kompozitum v vosstanovitel'noi korreksii neurovertebrogenykh sindromov* [cited 2019 Oct 10]. [dissertation abstract] Moscow; 2001. 21 p. Available at: <https://vivaldi.nl.ru/bd000068018/view/>. (In Russ).
 - Boldin AV. *Farmakopunktura v vosstanovitel'noi korreksii funktsional'nogo sostoyaniya pri vertebronevrogenykh neirosudustykh sindromakh* [cited 2019 Oct 10]. [dissertation] Moscow; 2004. 126 p. Available at: <https://www.dissercat.com/content/farmakopunktura-v-vosstanovitelnoi-korreksii-funktsionalnogo-sostoyaniya-pri-vertebrogenykh>. (In Russ).
 - Kuz'mina IV. *Optimizatsiya reflektornykh metodov vozddeystviya pri dorsopatiyakh* [cited 2019 Oct 10]. [dissertation] Moscow; 2015. 125 p. Available at: <https://www.dissercat.com/content/optimizatsiya-reflektornykh-metodov-vozddeystviya-pri-dorsopatiyakh>. (In Russ).
 - Zhuravlev VA. Reflekso- i fiziotekhniki v kompleksnom lechenii bol'nykh s dorsopatiyami. (Conference proceedings) Aktual'nye aspekty vosstanovitel'noi meditsiny. Novosibirsk; 2009. p. 20–22. (In Russ).
 - Makarova LD, Kozlov AA, Mikhailova LI, Brailko NV. Farmakopunktura Alflutopa v kompleksnom lechenii vertebronevrologicheskikh sindromov. (Conference proceedings) Mezhdunarodnyi kongress "Refleksoterapiya i manual'naya terapiya v 21 veke"; 2006 may 19-21; Moscow. Moscow; 2006. p. 230–231. (In Russ).
 - Makina SK. *Применение частотно-волновой терапии в комплексе реабилитационных мероприятий при пояснично-крестцовой дорсопатии* [cited 2019 Oct 10]. Moscow; 2014. 22 p. Available at: <http://medical-diss.com/docreader/387034/a/#?page=1>. (In Russ).
 - Tikhaya OA. *Оптимизация традиционных технологий восстановительной медицины* [cited 2019 Oct 10]. Moscow; 2007. 18 p. Available at: <http://medical-diss.com/docreader/286086/a/#?page=1>. (In Russ).
 - Nikolaev VV, Bagrova TA, Biba KE. Klinicheskii opyt primeneniya gomeosiniatirii v ambulatornoi praktike. *ВМ: Биологическая медицина*. 2003;(3):40–43. (In Russ).
 - Mityukhina VM, Tsetsulesku A, Shlyapnikova OV. Antigemotoksicheskaya terapiya oporno-dvigatel'nogo apparata u bol'nykh s ser-

REFERENCES

- dechno-sosudistymi zabolevaniyami. *BM: Biologicheskaya meditsina*. 2001;(1):60–61. (In Russ).
21. Nadkevich F, Babinets I. The application of antihomotoxic drug preparations in the complex treatment in patients with neurological manifestations of lumbar osteochondrosis. *Lik sprava*. 2015;(7–8):52–57. (In Ukrainian).
 22. Mikhailova AA, Pospelova AA. Gomeosiniatricheskoe lechenie bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu I-II stadii v usloviyakh ambulatornogo priema. *BM: Biologicheskaya meditsina*. 2014;(2):58–64. (In Russ).
 23. Rumyantseva GM, Yakovenko AM, Levina TM, Artyukhova MG. Efektivnost' terapii nevrozopodobnykh rasstroistv pri osteokhondroze sheinogo otдела pozvonochnika preparatami firmy Kheel'. *BM: Biologicheskaya meditsina*. 1997;(2):46–52. (In Russ).
 24. Tyazhel'nikov AA. Opyt primeneniya antigomotoksicheskikh preparatov u bol'nykh s vertebral'no-bazilyarnoi nedostatochnost'yu. *BM: Biologicheskaya meditsina*. 2009;(2):49–53. (In Russ).
 25. Kim SH, Jung DJ, Choi YM, et al. Trend of pharmacopuncture therapy for treating cervical disease in Korea. *J Pharmacopuncture*. 2014;17(4):7–14. doi: 10.3831/KPI.2014.17.031.
 26. Agasarov LG, Vasil'chenko GS, Karpov AS, et al. Metodicheskie rekomendatsii po klinicheskim ispytaniyam novykh lekarstvennykh sredstv, primenyaemykh v muzhskoi seksologii i seksopatologii. *Vedomosti Nauchnogo tsentra ekspertizy sredstv meditsinskogo primeneniya*. 2002;(2):18–23. (In Russ).
 27. Mkhitarian GA. Farmakopunktura v vosstanovitel'noi korrektsii polovykh rasstroistv u muzhchin [cited 2019 Oct 10]. [dissertation] Moscow; 2006. 106 p. Available at: <https://www.dissercat.com/content/farmakopunktura-v-vosstanovitelnoi-korrektsii-polovykh-rasstroistv-u-muzhchin-0>. (In Russ).
 28. Agasarov LG. *Rukovodstvo po refleksoterapii*: uchebnoe posobie. Moscow; 2001. 304 p. (In Russ).
 29. Agasarov LG. *Tekhnologii vosstanovitel'nogo lecheniya pri dorsopatiyakh*: uchebnoe posobie. Moscow; 2010. 96 p. (In Russ).
 30. Sadovskii MV. *Metody traditsionnoi meditsiny v vosstanovlenii polovoi deyatel'nosti muzhchin s arterial'noi gipertenziei* [cited 2019 Oct 10]. [dissertation] Moscow; 2011. 107 p. Available at: <https://www.dissercat.com/content/metody-traditsionnoi-meditsiny-v-vosstanovlenii-polovoi-deyatelnosti-muzhchin-s-arterialnoi->. (In Russ).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Агасаров Л.Г. [L.G. Agasarov], д.м.н., профессор, заведующий отделом рефлексотерапии и клинической психологии ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России, президент Профессиональной ассоциации рефлексотерапевтов; адрес: 121099, Москва, ул. Новый Арбат, 32 [address: 32, Novy Arbat Street, Moscow, 121099, Russia]; e-mail: lev.agasarov@mail.ru;

Герасименко М.Ю. [M.Y. Gerasimenko], д.м.н., профессор, главный специалист Минздрава России по курортологии; e-mail: mgerasimenko@list.ru

Кончугова Т.В. [T.V. Konchugova], д.м.н., профессор, заведующий отделом физиотерапии ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России; e-mail: umc-rnc@mail.ru

Марьяновский А.А. [A.A. Maryanovskiy], д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии №2 ГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет» Минздрава России; e-mail: docaam@gmail.com

Дробышев В.А. [V.A. Dobryshchev], д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии и медицинской реабилитации ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: doctorvik@yandex.ru

Васильева Е.С. [E.S. Vasilyeva], д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела физиотерапии ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России; e-mail: e_vasilyeva@inbox.ru

Сафиуллина Г.И. [G.I. Safiullina], д.м.н., профессор кафедры неврологии, рефлексотерапии и остеопатии Казанской государственной медицинской академии последипломного образования – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; e-mail: safiullina@mail.ru

Тардов М.В. [M.V. Tardov], д.м.н., ведущий научный сотрудник ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы; e-mail: mvtardov@rambler.ru

Тян В.Н. [V.N. Tian], д.м.н., доцент кафедры рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; e-mail: vmt33@mail.ru

Болдин А.В. [A.V. Boldin], к.м.н., доцент кафедры восстановительной медицины, реабилитации и курортологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет)» Минздрава России; e-mail: drboldin@rambler.ru

Бокова И.А. [I.A. Bokova], к.м.н., доцент кафедры восстановительной медицины, реабилитации и курортологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет)» Минздрава России; e-mail: ire08@mail.ru

Дашина Т.А. [T.A. Dashina], к.м.н., заведующий отделением рефлексотерапии и медицинской психологии ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России; e-mail: 89031062787@mail.ru

Чигарев А.А. [A.A. Chigarev], врач-рефлексотерапевт ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, соискатель ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России; e-mail: a.a.chigarev@gmail.com