

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБУ «РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И КУРОРТОЛОГИИ»

ФГАОУ ВО «ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени И.М.СЕЧЕНОВА»
(Сеченовский университет)

Клинические рекомендации

ФАРМАКОПУНКТУРА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Москва – 2017

Утверждены

23 мая 2017 года (протокол №5)

Фармакопунктура при распространенных патологических состояниях:
клинические рекомендации / – М., 2017. – 39 с.

Клинические рекомендации разработаны на основе анализа отечественного и зарубежного опыта применения фармакопунктуры – современной медицинской технологии, объединяющей лечебные возможности рефлексотерапии и клинической фармакологии. Рекомендации содержат информацию (отличающуюся, согласно международным критериям, доказанной эффективностью) об алгоритме назначения и выполнении данного способа различными лекарственными средствами при ряде распространенных заболеваний.

Структура и содержание клинических рекомендаций отвечают требованиям ГОСТ Р 56034-2014 «Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения».

Предварительная апробация рекомендаций проведена на заседании Научно-методического совета по медико-биологическим аспектам восстановительной медицины ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России и Кафедры восстановительной медицины, реабилитации и курортологии Института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет).

Рекомендации предназначены для врачей лечебных специальностей, включая рефлексотерапевтов и специалистов в области медицинской реабилитации.

РАБОЧАЯ ГРУППА РАЗРАБОТЧИКОВ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Председатель:

Агасаров Л.Г. – д.м.н., профессор, заведующий отделом рефлексотерапии и клинической психологии ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России, президент Профессиональной ассоциации рефлексотерапевтов; e-mail: lev.agasarov@mail.ru

Члены:

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

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

Марьяновский А.А. – 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. - 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. - д.м.н., ведущий научный сотрудник отделом физиотерапии ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России; e-mail: e_vasilieva@inbox.ru

Сафиуллина Г.И. - 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. - 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. - 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. - 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. - 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. – 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., 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

Рецензенты (эксперты):

Гойденко В.С. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; e-mail: reflexology1@yandex.ru

Белюсова Т.Е. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медицинской реабилитации и физиотерапии ФГБОУ ВО «Нижегородская медицинская академия» Минздрава России; e-mail: tebelousova@yandex.ru

Иваничев Г.А. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии, рефлексотерапии и остеопатии Казанской государственной медицинской академии последиplomного образования – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; e-mail: ivanichev@mi.ru

Суслова Г.А. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой реабилитологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России; e-mail: docgas@mail.ru

Василенко А.М. - д.м.н., профессор, главный научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России; e-mail: vasilenko-a-m@mail.ru

Киргизова О.Ю. - д.м.н., доцент, заведующий кафедрой рефлексотерапии и косметологии Иркутской государственной медицинской академии последиplomного образования – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; e-mail: kirgizova.ok@mail.ru

Радзиевский С.А. - д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отдела рефлексотерапии и клинической психологии ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России; e-mail: radz1940@mail.ru

Цогоев А.С. - д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №5 ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России e-mail: tsoгоеv@mail.ru

Источники 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.

Декларация конфликта 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.

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	стр. 7
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	8
СТРАТИФИКАЦИЯ ЗНАЧИМОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ	8
КОНЦЕПЦИЯ РАЗРАБОТКИ РЕКОМЕНДАЦИЙ	12
ТРЕБОВАНИЯ ПРОТОКОЛА	14
АЛГОРИТМ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФАРМАКОПУНКТУРЫ У РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ПАЦИЕНТОВ	16
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПРИ ДОРСОПАТИЯХ	16
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ	24
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	31
МОНИТОРИНГ	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	31
Приложение 1. ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И СВЕДЕНИЯ ОБ ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ	33
Приложение 2. СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ	36

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	- артериальное давление
АП	- акупунктура
ВБН	- вертебрально-базилярная недостаточность
ВРС	- взвешенная разность средних
ВСР	- вариабельности сердечного ритма
ВЭ	- величина эффекта
ДАД	- диастолическое артериальное давление
ДИ	- диапазон колебаний истинных значений в популяции
ДЭ	- дисциркуляторная энцефалопатия
КА	- коэффициент асимметрии
КПР	- клинические практические рекомендации
МИЛ	- метод многостороннего исследования личности
МКБ X	- международная классификация болезней десятого пересмотра
МРТ	- магнитно-резонансная томография
НЦД	- нейро-циркуляторная дистония
ПА	- позвоночная артерия
РКИ	- рандомизированное контролируемое исследование
РТ	- рефлексотерапия
РВГ	- реовазография
РЭГ	- реоэнцефалография
САД	- систолическое артериальное давление
СЛСК	- средняя линейная скорость кровотока
ССВП	- сомато-сенсорные вызванные потенциалы
ТГ	- термография
ТР	- точка рефлексотерапии
УЗДГ	- ультразвуковая доплерография
ФБ	- функциональный блок позвоночника
ФП	- фармакопунктура

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Необходимость регламентирования правил курации пациентов на основе доказанных фактов и согласованных экспертных мнений обусловила разработку клинических рекомендаций - документов, обеспечивающих использование в программах лечения и реабилитации наиболее эффективных технологий.

Клинические рекомендации (КПР, clinical practice guidelines, англ.) – утверждения, разработанные по специальной методологии и призванные облегчить принятие врачам и пациентами взвешенных решений о рациональной помощи в конкретных клинических ситуациях. Рекомендации разрабатываются экспертами и утверждаются профессиональными некоммерческими медицинскими организациями на основании ст.76 Федерального закона ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 2011 г.

Методология разработки клинических рекомендаций основана на систематическом обобщении убедительных научных сведений согласно принципам доказательной медицины. Подобные рекомендации позволяют с учетом новой и достоверной информации оптимизировать лечение, а также существенно снизить влияние на решение врачей ряда факторов. Среди последних отметим интуитивный подход, квалификацию и мнение авторитетных коллег, а также рекомендации популярных руководств и справочников, отличающихся известной субъективностью суждений.

СТРАТИФИКАЦИЯ ЗНАЧИМОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Значимость и возможность применения имеющихся доказательств зависят от методологии и качества научных работ, а также характеристик групп пациентов, вовлеченных в конкретное исследование.

На современном этапе развития в клинической медицине существует консенсус относительно иерархии уровней доказательств, положенных в основу рекомендаций. Исходя из этого, чем ниже вероятность возникновения систематической ошибки в исследовании, тем надежнее его выводы и, соответственно, большая весомость при рассмотрении всего спектра доказательств об эффективности конкретной технологии.

Данные, на которых базируются рекомендации, имеют следующие *уровни убедительности доказательств* (в соответствии с приложением Б ГОСТ Р 56034-2014) в порядке убывания их достоверности (табл. 1).

– *уровень убедительности доказательства А* – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения (результаты нескольких РКИ или мета-анализа);

– *уровень убедительности доказательства В* – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу рекомендации

данного предложения (результаты одного РКИ или больших нерандомизированных исследований);

– *уровень убедительности доказательства С* – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендаций, однако они могут быть даны с учетом иных обстоятельств (пример – ограниченные проспективные исследования, ретроспективные исследования, реестры);

– *уровень убедительности доказательства D* – наличие отрицательных доказательств: имеются достаточные доказательства для рекомендаций отказаться от применения данной технологии в конкретной ситуации (консенсус или мнение экспертов);

– *уровень убедительности доказательства E* – веские отрицательные доказательства: выявлены убедительные доказательства для исключения определенного лекарственного средства или метода из рекомендаций (консенсус или мнение экспертов).

Таблица 1.

Классы рекомендаций и уровни убедительности доказательств

Сила (класс) рекомендаций	Практические рекомендации метода	Уровень убедительности доказательств	
Сильная (I класс)	Рекомендованы. Фактические данные и (или) общее соглашение экспертов, что данный метод лечения (технология) полезен и эффективен	Два или более доказательств уровня А	
Средняя (IIa класс)	Должны быть рассмотрены. Вес доказательства (мнение) в пользу полезности (эффективности) метода лечения	Одно доказательство уровня А с дополнительным доказательством уровня В	Два или более согласованных доказательств уровня В
Слабая (IIb класс)	Могут быть рассмотрены. Полезность (эффективность) метода лечения менее установленных доказательств (мнений)	Одно доказательство уровней А, В с дополнительным доказательством уровня С	Два или больше согласованных доказательств уровня С
Очень слабая (III класс)	Не рекомендованы. Недостаточные или противоречивые доказательства, имеются доказательства (или общее согласие), что данный метод не является полезным (эффективным), а в некоторых случаях - даже вредным	Одно доказательство уровней А, В, С без других поддерживающих доказательств	Более чем одно исследование уровня D или E

Рабочая группа признает, что отсутствие доказательств не обязательно является свидетельством отсутствия эффекта. Пациенты могут фиксировать некоторые положительные результаты за счет действия методик, не представленных в данном документе, однако они, как правило, не превышают положительные результаты плацебо-воздействия.

Методически настоящие рекомендации созданы в соответствии с современными международными требованиями к работам подобного типа. При этом учтен опыт разработки клинических рекомендаций отечественных и зарубежных специалистов (Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины, 2003; Council of Europe, 2001; GIN, 2003; WHO, 2003), а также международные критерии их оценки (AGREE, 2001).

Цель и задачи настоящих клинических рекомендаций

Целью данных рекомендаций является доведение до всех заинтересованных лиц - клиницистов и пациентов, информации о доказанном на сегодняшний день эффективном методе лечения – фармакопунктуре, выполняемой различными лекарственными средствами.

Задачи:

- Повышение эффективности комплексного лечения пациентов различного профиля с включением метода фармакопунктуры
- Повышение уровня физического и социального функционирования пациентов в процессе их реабилитации
- Долгосрочная профилактика рецидивов у пациентов с хроническими заболеваниями
- Улучшение качества жизни пациентов
- Рациональное использование специалистами только тех вариантов фармакопунктуры, эффективность которых сегодня имеет строгие научные доказательства
- Облегчение выбора адекватного метода лечения пациента для всех заинтересованных клиницистов и, в том числе, не имеющих дополнительного образования по рефлексотерапии – одной из составляющих метода фармакопунктуры
- Повышение финансовой рациональности использования инструментария, препаратов и трудовых затрат медицинского персонала.

В настоящих рекомендациях детально рассмотрены вопросы применения фармакопунктуры в современной отечественной и зарубежной медицинской практике. Соответственно, клинические рекомендации построены на учете особенностей использования фармакопунктуры в различных группах больных.

Порядок разработки рекомендаций

Стратегия поиска доказательств базировалась на обнаружении сведений о РКИ по ключевым фразам (фармакопунктура, аквапунктура, биопунктура, гомеосиниатрия, гомеопунктура) в электронных базах данных (PEDro, PubMed, EMBASE, E-library), базах данных систематических обзоров (Кокрановская библиотека, DARE) и международных базах данных других клинических рекомендаций (NGC, GERGIS, NZGG, NICE). В последующем осуществлялся поиск полнотекстовых статей на сайте издателей, а также ручная выборка материалов в научно-практических журналах за период с 2000 по 2017 гг.

Критерии отбора доказательств. При разработке настоящих рекомендаций члены рабочей группы использовали данные отечественных и зарубежных систематических обзоров, мета-анализов РКИ, а также данные отдельных РКИ, оцениваемые не менее чем на 6 из 10 баллов согласно шкале PEDro. Представленная шкала включает 10 параметров РКИ, таких как рандомизация, сравнительный характер исследования, оценка по конечным точкам, ослепление и др. на русском или английском (либо имеющие английское резюме) языке.

При составлении рекомендаций применяли стандартные методы отбора материала для включения и принятия окончательных решений (голосование, формальный метод согласования оценок Delphi).

КОНЦЕПЦИЯ РАЗРАБОТКИ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Концепция и алгоритм разработки данных рекомендаций обусловлены характером искомой технологии, объединяющей рефлекторное и лекарственное начало. Так, согласно собственному определению, метод фармакопунктуры (ФП) заключается в инъекции лекарственных средств в область точек рефлексотерапии с целью достижения эффекта при конкретных нозологических формах [3].

В этой связи следует отметить различия в восточных (традиционных) и европейских подходах к выполнению способа. В частности, в странах Юго-Восточной Азии в качестве агентов чаще используют вытяжки из объектов природного (фито- или животного) происхождения: женьшеня, пчелиного яда, оленьих рогов, внутренних органов животных и др. [35, 37-43]. При этом в Корее ФП выделена в самостоятельное медицинское направление, поддерживаемое международной ассоциацией и профильными институтами, примером чего служит Korean Institute of Herbal Acupuncture в г. Сеул, Южная Корея.

В западном варианте акцент сделан на применении официальных инъекционных средств, преимущественно гомеопатических. Предпосылкой к этому явились отдельные виды лекарственных манипуляций - образцом, близким к современной технике, служат паравертебральные новокаиновые блокады по Аствацатурову.

В нашей стране первые сообщения по теме датируются серединой 70-х годов прошлого столетия [8]. Придерживаясь хронологии, в 2002 году мы систематизировали известные на тот момент сведения в учебном пособии «Фармакопунктурная рефлексотерапия» [3], а годом позже был издан «Практикум по антигомотоксической фармакопунктуре» [28]. Параллельно были опубликованы переводные источники [7,31,32].

Метод представлен в Перечне необходимых знаний и умений врача-рефлексотерапевта, хотя обучение основам фармакопунктуры (учебная программа продолжительностью 144 часа) делегировано представителям всех лечебных специальностей.

Конкретные показания к применению фармакопунктуры соответствуют общим для рефлексотерапии (по сути, вся МКБ №10), равно как и противопоказания, исключаящие новообразования любого генеза и декомпенсированные состояния органов и систем [1,12].

Дополнительным преимуществом метода является целенаправленное воздействие на органы - «мишени». Использование его также целесообразно при непереносимости медикаментов в случае их стандартного применения, нарушении всасывания веществ в желудочно-кишечном тракте и др.

Выделяют несколько лечебных механизмов технологии. С одной стороны, изменение объемных характеристик тканей в ответ на инъекцию жидкости обеспечивает пролонгированную стимуляцию акупунктурных точек [26, 34]. С другой, учитывают терапевтическое действие формируемых множественных депо медикамента [1, 2]. В качестве частных примеров влияния комплексных препаратов, Лимфомиозот оказывает дренажное действие, а Траумель С активизирует регенерацию тканей, уровень микроциркуляции и венозного оттока. Другое средство, Дискус композитум, нормализует гидрофильность и эластичность пульпозного ядра межпозвонкового диска [15, 24].

Кроме того, гипотетически предполагается включение интимных механизмов взаимодействия точки и препарата, по принципу «ключ к замку». Однако эта связь прослеживается только клинически, но не на уровне специальных исследований, что, открывает простор для научных гипотез.

В целом, необходимо отметить, что в существующей литературе явного разночтения в выборе и технике стимуляции корпоральных (телесных) точек нет, так как основные варианты подобного воздействия детально описаны. При этом отдельные рекомендации лекарственного («жидкостного») раздражения точек ушной раковины [44] требуют научного обоснования. С другой стороны, определенные противоречия касаются подбора медикаментов, что определило концепцию разработки рекомендаций.

ТРЕБОВАНИЯ ПРОТОКОЛА

Выполнение фармакопунктуры предполагает соблюдение нескольких вытекающих одно из другого правил:

- воздействие проводят по стандартной для рефлексотерапии схеме, т.е., путем стимуляции ограниченного количества (6-8) местных, сегментарно-значимых и общих корпоральных точек;
- лечение выполняют инъекциями как одного препарата, так и смесью («коктейлем») из двух и более лекарственных средств;
- в случае отсутствия должного эффекта от нескольких проведенных инъекций рекомендуется замена исходно назначенного медикамента;
- количество процедур и общая (суммарная) дозировка выбранного препарата соответствует стандартным рекомендациям к его парентеральному применению.

Технически манипуляции заключаются в подкожном или внутрикожном введении лекарственного вещества в область акупунктурных точек, исходя из объема 0,2-0,3 мл на локус. (Реже, учитывая определенную болезненность, медикамент вводят глубже, на уровень гипотетического расположения точки).

Также применяют оригинальную технику послойного введения препарата с помощью шприца, оснащенного изогнутой инъекционной иглой (рисунок 1). Считается, что подобный прием способствует лучшему орошению тканей за счет направления среза иглы [31].

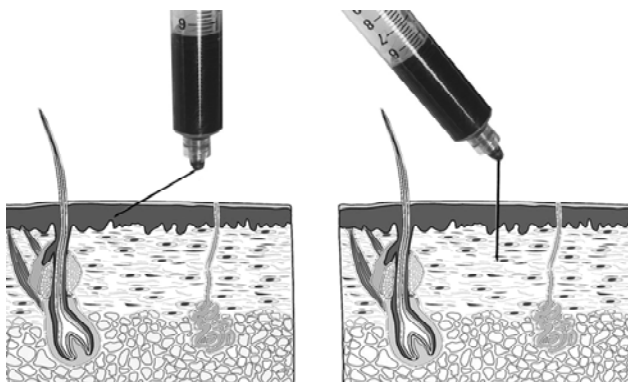


Рисунок 1. Вариант послойного введения препарата в ткани

Курс лечения обычно состоит из 10 инъекций, выполняемых 3 раза в неделю. При необходимости повторный курс ФП проводят с интервалом в 1,5-2 месяца.

Ниже, в таблицах 2 и 3 представлены «модель» пациента - с учетом затронутых в КР категорий наблюдаемых лиц, а также перечень медицинских услуг, включающих фармакопунктуру.

Таблица 2

Модель пациента

Обязательная составляющая модели	Описание составляющей
Категория возрастная	Взрослые
Стадия заболевания (кроме декомпенсации)	Любая
Фаза заболевания	Любая
Осложнения	Вне зависимости от осложнений

Таблица 3

Перечень медицинских услуг с использованием фармакопунктуры

Код	Наименование медицинской услуги*
041	Рефлексотерапия
A21.03.003	Рефлексотерапия при болезнях костной системы
A21.12.003	Рефлексотерапия при болезнях крупных кровеносных сосудов
A21.13.002	Рефлексотерапия при болезнях периферических сосудов
A21.21.002	Рефлексотерапия при болезнях мужских половых органов
A21.23.002	Рефлексотерапия при заболеваниях центральной нервной системы
A21.24.002	Рефлексотерапия при заболеваниях периферической нервной системы
A21.28.001	Рефлексотерапия при болезнях почек и мочевыделительного тракта

Пояснения:

перечень составлен в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг (Приказ МЗ СР РФ от 27.12.2011г. № 1664н)

* в существующей номенклатуре в разделе «Рефлексотерапия» конкретные способы воздействия (включая фармакопунктуру) не выделены, в связи с чем в таблице приведены общие коды.

АЛГОРИТМ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФАРМАКОПУНКТУРЫ У РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ПАЦИЕНТОВ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПРИ ДОРСОПАТИЯХ

Большинство научных изысканий по проблеме фармакопунктуры посвящено (как результат сложения ряда причин) использованию метода при вертеброгенной патологии – «болезни века» [22]. К примеру, в серии обзоров корейских авторов [35, 37, 39], активно разрабатывающих тему фармакопунктуры, приведены данные нескольких электронных баз. В одном из них [35], объединившем ссылки на выполненные до 2012 года экспериментальные и клинические исследования, подчеркивается, что последние преимущественно затрагивают вопросы скелетно-мышечной боли.

Более поздний мета-анализ [38, 39, 42, 43] базируется на материалах, представленных в базах данных или опубликованных вплоть до 2014 года. Поиск выполняли, задействовав Интегрированную систему восточной медицины (OASIS), Национальную библиотеку цифровых наук (NDSL) и Корейский портал 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 [41] доля рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ), посвященных ФП 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 от мая 2017 года.

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-ти летней пациентки с дискогенной радикулопатией [21]. Предложенная автором лечебная схема включала, помимо других подходов, фармакопунктуру комплексными гомеопатическими препаратами Траумель С и Дискус композитум. Результатом вы-

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

Исследованием иного, более высокого класса явились результаты купирования «болевого синдрома в спине» с помощью ФП в обширной группе из 483 пациентов в возрасте от 15 до 85 лет [33]. 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 месяцев. Предложенный подход подтверждается случаем из практики – клиническим выздоровлением пациента, получавшим ФП. 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 иглокальванием 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 [45].

В исследовании [10], датированном 2012 годом, под наблюдением находились 439 пациентов с клиническими проявлениями остеохондроза различных отделов позвоночника. В качестве инструментального подтверждения клинического диагноза выполняли рентгенографию, магниторезонансную 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: а) стандартную терапию и б) фармакопунктуру комплексными препаратами Плацента композитум, Кознзим композитум и Убихинон композитум. «Коктейль» из данных препаратов вводили поэтапно - внутривожно до образования папулы, а затем на глубину до 10 мм. Курс ФП состоял из 14 процедур, выполняемых 3 раза в неделю.

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

Кадаместический анализ (до 6 месяцев) 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 ФП при неврологических проявлениях шейного остеохондроза [36]. 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 Вольтарена, 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 ФП комплексными гомеопатическими препаратами. Исследования были проведены в стационарах г. Москва, являющихся клиническими базами учреждений минздравовского подчинения - НИИ традиционных методов лечения, НИИ клинической фармакологии, Сеченовского Университета (ранее – Московская медицинская академия) и РНЦ «Медицинская реабилитация и курортология».

В первом из них [23], на основании наблюдений за 120 пациентами с пояснично-крестцовой дорсопатией в стадии затянувшегося обострения, была подтверждена результативность ФП 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-ой группе Дискус композитум вводили внутримышечно, а во 2-ой, основной – путем фармакопунктуры. Лечение в 3-ей, группе контроля, было ограничено указанным базовым комплексом.

Выполненный по завершению терапии анализ подтвердил достоверное преимущество фармакопунктуры над сравниваемыми технологиями. Так, в результате ФП пациенты с рефлекторными синдромами отметили уменьше-

ние болевого синдрома в среднем с 2,5 до 1,7 баллов, а с радикулопатиями – с 2,7 до 1,6 баллов, что явилось значимо 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 ФП. Примечательно, что только в основной группе у лиц с радикулопатиями в 38% наблюдений было выявлено уменьшение асимметрии сухожильных рефлексов (вплоть до их восстановления в 12%) и сужение зон гипестезии – у 42% больных. 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 [4]. 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-ой, основной группе это средство применяли путем фармакопунктуры, во 2-ой – внутримышечных инъекций. Больным группы контроля проводили фармакопунктуру физиологическим контролем, соблюдая, таким образом, режим плацебо-контроля.

Здесь, как и в примере с Дискус композитум, отмечено, на уровне достоверности, преимущество метода ФП. В частности, отчетливый анальгетический эффект в основной группе отмечался уже на 2-3-ей процедуре, тогда как в других группах – на 5-6-ой (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, ФП физиологическим раствором обеспечивала, наряду с анальгезией, регресс мышечно-дистонических синдромов и, в меньшей степени, - нейро-сосудистых нарушений, с их сохранением у 53,3% больных.

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

И, наконец, фармакопунктура препаратом Плацента композитум обуславливала выраженную аналгезию, 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 ФП физиологическим раствором.

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

В следующем, также рандомизированном и плацебо-контролируемом исследовании, был использован комплексный препарат Цель Т [11]. Данное средство, расцениваемое как хондропротектор, в случае непродолжительного применения обеспечивает преимущественно аналгетическое и трофостимулирующее влияние. Находящиеся под наблюдением 121 пациент с дорсопатией на пояснично-крестцовом уровне были разделены на четыре 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-ой – медикамента, во 2-ой - 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 сомато-сенсорных вызванных потенциалов.

Установлено, что ФП 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 завершению лечения в случае фармакопунктуры препаратом или физиологическим раствором выявлены положительные, 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 достоверности 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 нейро-сосудистых проявлений, согласующийся с достоверным улучшением показателей термографии и реовазографии, наблюдался только в ответ на ФП препаратом или физиологическим раствором. Напротив, в группах внутримышечных инъекций обратная динамика

сосудистых реакций и данных объективного обследования была незначительной.

По истечению полугода, в ходе катamnестического 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%. Отставленное влияние внутримышечных инъекций препарата Цель Т подтверждается малым числом рецидивов и даже улучшением отдельных клинических характеристик в сравнении с их уровнем по завершению 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 [5]. 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-ой группе путем фармакопунктуры, во 2-ой - с помощью фонофореза (аппарат «Элфор-про»). В группе контроля данное средство вводили внутримышечно. Курсовое лечение, независимо от используемых техник, состояло из 10 процедур, проводимых три раза в неделю.

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 ФП препаратом Цель Т характерным оказался значимый (достоверно по сравнению с другими группами) регресс болевого и нейро-сосудистого 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 ФП.

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 [13], внимание было сосредоточено на хондропротекторе Алфлутоп [14, 29]. Сами работы, дополняющие друг друга и в целом носящие многоцентровый характер (класс рекомендаций сильный, I), с небольшим временным разрывом были выполнены в г. Череповец и г. Павлодар (Казахстан).

В первой из них [29], 90 больных с пояснично-крестцовой дорсопатией путем простой рандомизации были распределены на три группы. Помимо стандартной терапии, в двух группах препарат Алфлутоп вводили внутримышечно: в 1-ой самостоятельно (группа контроля), а во 2-ой – в комплексе с классическим иглоукальванием. В 3-ей, основной группе выполняли фармакопунктуру этим средством. Таким образом, последние две группы представляли собой варианты традиционного (условно «восточного») лечебного воздействия.

Непосредственно по завершению 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 истечению полугода обострения в данной группе протекали, в сравнении с другими группами, 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 ФП гомеопатическими средствами.

Учитывая этот факт, была поставлена задача повышения результативности фармакопунктуры Алфлутопом за счет дополнительного применения

одного из аппаратных способов рефлексотерапии. В этом исследовании [14] 120 пациентов с дорсопатией на пояснично-крестцовом уровне были распределены, путем рандомизации, на четыре группы. Во всех них проводили стандартное лечение, причем в группе контроля оно являлось основным. Кроме того, в 1-ой группе применяли низкоинтенсивную частотно-волновую терапию, во 2-ой - фармакопунктуру препаратом Алфлутоп. В 3-ей группе использовали комплекс, состоящий из частотно-волновой терапии и ФП препаратом.

Анализ динамики клинических коррелятов дорсопатии с высокой степенью достоверности подтвердил преимущество комплекса, включающего ФП, по ряду позиций и, в том числе, 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 истечению полугода 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 ФП.

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 с дорсопатиями, то он сводится к следующим постулатам:

- научно доказана, на высоком убедительном уровне, 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 и далекие от принципов доказательности, были посвящены в первую очередь констатации достигаемого путем фармакопунктуры эффекта. В частности, в одной из подобных [17] 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 ССС, 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 [46]. Указывается, что включение в лечебный комплекс фармакопунктуры препаратами Гепар композитум и Убихинон композитум обеспечивает положительное влияние, проявляясь вазодилатацией и повышением реактивности на нитроглицериновую нагрузку.

Следующее исследование [18], уже более доказательного характера, было посвящено лечению пациентов с гипертонической болезнью 1-2 стадии путем использования ФП обширной группы гомеопатических средств. Под наблюдением находилось 134 больных от 43 до 59 лет, обследованных путем клинического, психологического и биохимического анализа, а также с помощью аппаратных способов (МРТ, ЭКГ, РЭГ и УЗДГ сосудов шеи и головы).

Наличие артериальной гипертензии у пациентов подтверждалось уровнем САД, составляющего в среднем $165,4 \pm 1,4$ мм.рт.ст., и ДАД - $86,7 \pm 1,8$ мм.рт.ст. Кроме того, у 65% пациентов в ходе электрокардиографии были зарегистрированы нерезкие изменения со стороны миокарда, предположительно метаболического характера. По результатам психологического об-

следования усредненный профиль МИЛ свидетельствовал о формировании астено-депрессивного синдрома.

Во всех наблюдениях на рентгенограммах шейного отдела позвоночника выявлялись характерные для остеохондроза структурные изменения. Соответственно, анализ РЭГ отразил гипертонус артерий мелкого и среднего калибра, а УЗДГ 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 из 35 человек ограничивались данным подходом, а в основной группе (99 лиц) дополнительно выполняли ФП. В качестве агентов ФП использовали ряд препаратов, перечень и характеристики которых представлен в таблице 4.

Таблица 4

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

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

В результате установлено превосходство комплекса, включающее ФП, над общепринятым подходом. Это проявлялось в степени улучшения общего состояния больных, снижении частоты болевых эпизодов в области сердца и положительной достоверной динамикой биохимических маркеров, что не было характерным для контрольной группы. Тенденция к нормализации профиля МИЛ также прослеживалась только в основной группе.

В этой группе уровень среднедневного АД приближался к нормальным цифрам (САД - $123,8 \pm 1,3$, ДАД - $72,7 \pm 1,9$ мм.рт.ст.), тогда как в группе контроля параметры равнялись $127,3 \pm 0,9$ и $84,8 \pm 1,3$ мм.рт.ст соответственно. Сравнительный анализ ЭКГ 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 близком по уровню исследовании (Ib класс рекомендаций) было отобрано 50 пациентов с астеническими и неврозоподобными расстройствами на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника [25]. 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, особенности мышления и эмоционального состояния. При этом подтверждением неврозоподобного 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 ФП препаратами Цель Т, Траумель С, Дискус композитум, Церебрум композитум. Обилие и многокомпонентный состав препаратов обеспечили охват все нарушений, включая неврозоподобные, 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 ФП прослеживалось купирование боли в шейной и плече-лопаточной области на фоне снижения выраженности вазо-вегетативных проявлений. Иные проявления (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 вертебробазилярных артерий.

Кроме того, в результате ФП 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 - 7,5%, ухудшение - 10%. Динамика отдельных проявлений, укладывающаяся в рамки статистической достоверности, представлена в таблице 5.

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

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

В исследовании того же класса (IIb класс рекомендаций) представлены результаты лечения 58 пациентов в возрасте до 64 лет с проявлениями вертебрально-базилярной недостаточности (ВБН). Клиническая картина складывалась из хрестоматийных головной боли, головокружения, зрительных и вестибулярных расстройств, а также чувствительных и вегетативных расстройств [30].

С целью верификации клинических данных выполняли рентгенографию и МРТ позвоночника, МРТ сосудов головы и шеи, УЗДГ 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 (ФБ) позвоночника, а также тонусо-силовой дисбаланс в мышцах шейного региона.

Было выделено 2 группы терапевтического вмешательства. Пациентам основной группы (36 больных) проводили фармакопунктуру комплексными гомеопатическими препаратами в сочетании с отдельными приемами мануальной терапии. Отметим, что подбор точек и собственно препаратов разнился в зависимости от преимущественной локализации ФБ в различных сегментах позвоночника. В группе контроля (22 пациента) использовали исключительно процедуры мануального воздействия с периодичностью одна в неделю.

В итоге, регресс неврологической симптоматики, включая головокружение, по завершению 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/сек, тогда как в контроле – с $26,1 \pm 2,8$ до $29,6 \pm 2,8$ см/сек.

Согласно представленным выводам, фармакопунктура способствует быстрому регрессу симптоматики и улучшению состояния пациентов с ВБН, к тому же повышая эффективность мануальной терапии в 2 раза.

Исследование иного, рандомизированного типа подтвердило благотворное влияние ФП средствами природного происхождения на вариабельность сердечного ритма (ВСР) - маркера вегетативного обеспечения организма [40]. 40 здоровых мужчин-участников были разделены на две группы: в 1-ой в точки акупунктуры вводили *Cervi Pantotrichum Cornu*, во 2-ой - *Rehmannia glutinosa*. Изменения ВСР для каждой группы анализировали с использованием парного t-теста (уровень значимости: $p < 0,05$), а разность флуктуаций ВСР между группами оценивали с помощью независимого теста выборки (уровень значимости: $p < 0,05$).

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 [16].

В первой из них проведен сравнительный анализ эффективности различных схем фармакопунктуры в коррекции сексуальной деятельности у мужчин с дорсопатией [19]. В этой связи следует отметить частоту и своеобразие половых нарушений при дорсопатиях, в основе которых лежит переплетение гуморальных, астено-невротических и рефлекторно-сосудистых звеньев [1, 2].

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 три 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 восстановлении половой деятельности. В основных группах базисным препаратом являлся Тестис композитум, тропный к урогенитальной сфере. При этом в 1-ой группе препарат вводили внутримышечно, во 2-ой – путем ФП. 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-ей 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 3 раза в неделю.

По завершению лечебного курса во 2-ой и 3-ей отмечены положительные, в целом сопоставимые результаты, превосходящие показатели 1-ой группы. Так, в ходе ФП, 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 ФП «улучшение» и «незначительное улучшение» состояния суммарно равнялось 68 % наблюдений - против 46% 1-ой группы (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 ФП (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 истечению полугода, отразил изменения в соотношении достигнутых результатов. В обеих группах использования Тестис композитум терапевтический эффект носил стабильный характер, даже с некоторым дальнейшим его ростом во 1-ой группе. Так, в этой группе результативность выросла с 46,6 до 52,3%, во 2-ой – сохранилась на практически исходном уровне (64 против 66,6%). В 3-ей группе (ФП 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 и плацебо-контролируемое исследование. Под наблюдением находилось 90 мужчин в возрасте до 55 лет с сексуальными расстройствами, ассоциированными с артериальной гипертензией [27]. 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 несколькоотягощающих 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 три 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-ой группе вводили внутримышечно, во 2-ой – путем ФП. В 3-ей, группе сравнения проводили фармакопунктуру физиологическим раствором. Курс лечения во всех группах состоял из 10 процедур, проводимых 3 раза в неделю.

По завершению лечебного курса во 2-ой и 3-ей группах (методики фармакопунктуры) отмечены сопоставимые результаты (63-66% наблюдений), превосходящие цифры 1-ой 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-ой 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 ФП. С другой стороны, сходные положительные изменения в психическом состоянии и сосудистом обеспечении было характерным для групп с использованием ФП и в меньшей (достоверно) степени - внутримышечного введения медикамента.

Анализ, выполненный по истечению полугода, 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 ФП при анализируемой патологии. Также не исключена вероятность устранения осложненной лекарственной гипотензивной терапии в ходе ФП, в пользу чего свидетельствуют приведенная выше ссылка [25].

Полученные данные совпадают со сведениями о применении фармакопунктуры при дисфункциях, ассоциированных с вертеброгенной патологией [19], что придает этим результатам характер закономерности. В таком случае можно говорить об известной универсальности технологии ФП, 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° С), 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 год. Предполагаемая процедура обновления рекомендаций включает их доработку в соответствии с вновь появляющимися доказательствами эффективного применения фармакопунктуры и переиздание не реже чем один раз в три года в виде печатного или электронного издания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные рекомендации основаны на научном анализе эффективности ФП 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 РТ 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.

ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Лечение пациентов с дорсопатией

Рекомендация № 1

Рекомендуемые точки:

Сегментарные - T3,5,14 V10-13,23-28,31-34 VB20,21

Локальные – пункты максимальной болезненности, расположенные преимущественно по ходу меридиана мочевого пузыря.

Примерное сочетание точек:

T3 V23(2) V57(со стороны боли) V60(2)

T14 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 соответствуют общей схеме выбора пунктов при дорсопатиях. Кроме того, выбирают точку позвоночной артерии, расположенную на 2/3 расстояния от C2 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-тан;

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 АГ 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 ВСД

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 корригируется возбуждением указанных пунктов.

Примерное сочетание точек:

GI4(s), V62(2).

Применяемые средства: Убихинон композитум, Церебрум композитум, Вертигохель.

Лечение пациентов с ВБН

Рекомендация № 6

Рекомендуемые точки:

Как и в случае с ВСД, 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 неврозоподобными и невротическими нарушениями

Рекомендация № 7

Рекомендуемые точки:

выбор точек общего действия определяется характером жалоб и картиной заболевания. Устранение чувства тревоги, страха достигают стимуляций точек меридиана сердца - C5,7. При депрессивных проявлениях раздражают C3,9 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 вегето-сосудистых 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 G14 IG6 P7. С учетом локализации головной боли: лобной - G14 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 G14 VB34 MC6 TR5

Примерные схемы сочетания точек.

R11 (2) RP (2)

T4 V23 (2)V60 (2)

Применяемые средства: Плазмол, Церебролизин, Тестис композитум.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

1. Агасаров Л.Г. Руководство по рефлексотерапии: учебное пособие. – М., 2001. – 304 с.
2. Агасаров Л.Г. Технологии восстановительного лечения при дорсопатиях: учебное пособие. – М., 2010. – 96 с.
3. Агасаров Л.Г. Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия). 3-е изд., перераб. и доп. – М., 2015. – 192 с.
4. Болдин А.В. Фармакопунктура в восстановительной коррекции функционального состояния при вертеброгенных нейрососудистых синдромах: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2004. – 22 с.
5. Журавлев В.А. Рефлексо - и физиотехники в комплексном лечении больных с дорсопатиями // Актуальные аспекты восстановительной медицины. – Новосибирск, 2009. – С.20-22
6. Карпенко В.В., Фарбер Б.Л., Мельничук К.В. Гомеопатический подход в лечении больных с половыми дисфункциями // Перспективы традиционной медицины. – 2003, № 3. – С. 19-21.
7. Керсшот Я. Клиническое руководство по биопунктуре. Использование инъекций биопрепаратов в ежедневной практике: пер. с англ. – М., 2013. – 224с.
8. Коган О.Г., Васильченко Г.С., Юнеман И.Я. Классификация и лечение половых расстройств при травмах и заболеваниях спинного мозга: метод. рекомендации. – Л., 1975. – 27 с.
9. Комлева Н.Е. Гомеосиниатрия болевых синдромов при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника // Антигомотоксическая терапия боли. – М., 2008. – С. 4-6.
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.
11. Кузьмина И.В. Оптимизация рефлекторных методов воздействия при дорсопатиях: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2015. – 22 с.
12. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной медицины: Учебное пособие. – М., 2000. – 400 с.
13. Макарова Л.Д., Козлов А.А., Михайлова Л.И., Браилко Н.В. Фармакопунктура Алфлутоба в комплексном лечении вертеброневрологических синдромов // Рефлексотерапия и мануальная терапия в 21 веке. – М, 2006. – С. 230-231.

14. Макина С.К. Применение частотно-волновой терапии в комплексе реабилитационных мероприятий при пояснично-крестцовой дорсопатии: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2014. – 22 с.
15. Марьяновский А.А. Результаты клинической апробации инъекционных форм комплексных гомеопатических препаратов, выпускаемых фирмой «Хеель» / Биологическая медицина. – 1996. - №2. – С. 45-51.
16. Методические рекомендации по клиническим испытаниям новых лекарственных средств, применяемых в мужской сексологии и сексопатологии. - Агасаров Л.Г., Васильченко Г.С., Карпов А.С., Фисенко В.П., Дрожжин Д.А. / Ведомости НЦ экспертизы и государственного контроля лекарственных средств. – 2002, №2. – С. 18-23.
17. Митюхина В.М., Цэцулеску А., Шляпникова О.В. Антигомотоксическая терапия опорно-двигательного аппарата у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Биологическая медицина. – 2001, №1. – С.60-61.
18. Михайлова А.А., Поспелова А.А. Гомеосиниатрическое лечение больных гипертонической болезнью I-II стадии в условиях амбулаторного приема / Биологическая медицина. - 2014 №2. – С.58-64
19. Мхитарян Г.А. Фармакопунктура в восстановительной коррекции половых расстройств у мужчин: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2006. – 22 с.
20. Николаев В.В, Багрова Т.А., Биба К.Е. Клинический опыт применения гомеосиниатрии в амбулаторной практике / Биологическая медицина. – 2003, №3. – С.40-43.
21. Петроченко М.А. Опыт применения комплексных гомеопатических препаратов Траумель С и Дискус композитум у пациентки с дискогенной радикулопатией / Биологическая медицина. – 2012, №2. – С.63-64.
22. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (Вертеброневрология): Руководство для врачей. – 5-е изд., перераб. и доп. – М., 2011. – 672 с.
23. 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.
24. Реккевэг Х.-Х. с соавт. Об использовании суис-органых препаратов / Биологическая медицина. – 2012. - №1. – С. 8-15.
25. Румянцева Г.М., Яковенко А.М., Левина Т.М., Артюхова М.Г. Эффективность терапии неврозоподобных расстройств при остеохондрозе шейного отдела позвоночника препаратами фирмы Хеель / Биологическая медицина. – 1997, №2. – С.46-52.
26. Сафиуллина Г.И., Иваничев Г.А., Сафиуллина А.А. Гомеопатическое / антигомотоксическое лечение в комплексной терапии при миофасциальном болевом синдроме // Матер. объединенного 1-го Евразийского конгресса по

гомеопатической медицине и 25-го конгресса Азиатской Гомеопатической Лиги. - Москва, 2016. – С. 267-270.

27. Садовский М.В. Методы традиционной медицины в восстановлении половой деятельности мужчин с артериальной гипертензией: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2011. – 21 с.

28. Степанченко А.В., Марьяновский А.А. Практикум по антигомотоксической фармакопунктуре. Введение. – М., 2003. – 80 с.

29. Тихая О.А. Оптимизация традиционных технологий восстановительной медицины: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2007. – 18 с.

30. Тяжелников А.А. Опыт применения антигомотоксических препаратов у больных с вертебрально-базилярной недостаточностью / Биологическая медицина. – 2009, №2. – С.49-53.

31. Фразе В., Бауэр Г. Современная гомеосиниатрия: практическое руководство. - Т. 1: пер. с нем. – М., 2005. – 128 с.

32. Фразе В., Бауэр Г. Современная гомеосиниатрия: практическое руководство. - Т. 2: пер. с нем. – М., 2006. – 128 с.

33. Чигарев А.А. Обоснование и практический опыт использования фармакопунктуры антигомотоксическими препаратами в лечении пациентов с болевыми синдромами в спине / Биологическая медицина. – 2010, №2. – С. 47-50.

34. Чузавкова Е.А. Клинико-физиологическое обоснование различных вариантов акупунктуры при туннельных синдромах рук: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 1996. – 20 с.

35. Lee D.-J., Hwangbo M., Kwon K., Seo H.-S. Review of Cervi Cornu Parvum Pharmacopuncture in Korean Medicine / J. of Pharmacopuncture. – 2013, v.2. - P.7-14.

36. Feroian EV, Kokaia LE, Sulaberidze GD. The complex approach to treatment of pain syndrome of cervical vertebral osteochondrosis / Georgian Med News. - 2009, v.170. - P. 46-54.

37. Kim J., Kang D.-I. A Descriptive Statistical Approach to the Korean Pharmacopuncture Therapy / J. Acupuncture Meridian Studies. – 2010, v.3. –P. 141–149.

38. Kim M.R., Shin J.S., Lee J., Lee Y.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).- 2010, v.95.

39. Kim S.-H., Jung D.-J., Choi Y.-M., Kim J.-U., Yook T.-H. Trend of Pharmacopuncture Therapy for Treating Cervical Disease in Korea / J. of Pharmacopuncture. – 2014, v.4. - P. 7-14.

40. 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, v.6. – P. 311-318.
41. Lee K.-H., Cho Y.-Y, Kim S., Sun S.-H. History of Research on Pharmacopuncture in Korea / J. of Pharmacopuncture. – 2016, v.2. - P. 101-108.
42. Lee Y.J., Shin J.S., Kim M., Park K.B. et al. Usage report of pharmacopuncture in musculoskeletal patients visiting Korean medicine hospitals and clinics in Korea / BMC Complement Altern Med. - 2016, v.16. – P. 292-301.
43. Lim C., Park S.K., Sun S., Lee K. et al. Research on Korean Pharmacopuncture in South Korea since 2007 / J. Pharmacopuncture. - 2014, v.17. – P. 15-21.
44. Litscher D, Litscher G. The History of Liquid Ear Acupuncture and the Current Scientific State of the Art / J. Pharmacopuncture. – 2016, v.2.-P. 109-113.
45. 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.
46. Sakharchuk I.I., Shamugiia B.K., Sidorova N.N., Alekseenko E.I. Antihomotoxic drug therapy of endothelial function disorder in patients with hypertension / Lik Sprava. 2002, v.8. – P. 66-68.