

DOI: 10.17238/issn2223-2427.2018.2.39-42

УДК 664

© Косс В.В., 2018

## ИНЪЕКЦИОННАЯ ЭТАПНАЯ ТЕРАПИЯ ПО ЗАПАТЕНТОВАННОЙ ТЕХНОЛОГИИ «СПОСОБ КОССА» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЖПОЗВОНКОВОЙ ГРЫЖИ 3-Й, А ИНОГДА И 4-Й СТАДИИ С ПРОМЕЖУТОЧНЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛЕЧЕНИЯ

В.В. КОСС<sup>а</sup>

НИИ Спорта и Спортивной медицины РГУФКСМиТ, г.Москва, 105122, Россия

**Резюме:** Лечение грыжи по способу доктора Косса используется в тех случаях, когда обычные физиотерапевтические упражнения уже опоздали и поэтому неэффективны и операция неминуема. Это случается в последствии разрыва фиброзного кольца, когда самовосстановление нереально.

Индустрия прогрессивной медицины переводит лечение межпозвонковой грыжи на своего рода сборочный поток. Это касается и операционных техник. Увы, в данной отлаженной научно-технической цепи есть значимый пробел – это недоступность собственного лечащего доктора, который контролировал бы весь процесс исцеления от самого первого момента появления боли до этапа их ликвидации и дальше, в динамике, профилактику вероятных последующих обострений. Больной переходит от доктора к доктору, от терапевта к неврологу, от невролога к нейрохирургу. Некоторые употребляют «точечные» варианты лечения – лишь операцию, лишь костоправство (мануальную терапию, остеопатию), лишь уколы, лишь массаж и т. д. и т. п. Методичность во всем – поэтапность лечения, коллегиальность, докторская приемлемость и грамотная нейрореабилитация в последствии снятия компрессии корешков межпозвонковой грыжи (будь то нуклеопластика, иная нейрохирургическая операция либо безоперационный способ лечения по способу врача Косса), профилактика повторных обострений, такие как в иных участках позвоночника, – вот та задача которую необходимо решать лечащему доктору вместе с больным.

**Ключевые слова:** инъекционная терапия, способ Косса, лечение межпозвонковой грыжи, компрессия нервных корешков, имплантант.

## STAGED INJECTION THERAPY USING A PATENTED «SPIT METHOD» FOR TREATMENT OF INTERVERTEBRAL HERNIA OF THE 3RD AND SOMETIMES 4TH STAGE C INTERMEDIATE RESULTS OF THE TREATMENT

KOSS V.V.<sup>a</sup>

Scientific Research Institute of Sports and Sports Medicine of the RSUFKSMIT, 105122, Russia

**Summary:** Treatment of hernia by the method of Dr. Koss is used in cases where conventional physiotherapy exercises are already late and therefore ineffective and surgery is inevitable. This can sometimes be the consequence of the rupture of the fibrous ring, when self healing is unrealistic.

The industry of advanced medicine translates the treatment of intervertebral hernia into a kind of Assembly flow. This also applies to operational techniques. Alas, in this well-established scientific and technical chain there is a significant gap – it is the unavailability of their own doctor, who would control the whole process of healing from the very first moment of pain to the stage of their elimination and further, in dynamics, the prevention of possible subsequent exacerbations. The patient goes from doctor to doctor, from therapist to neurologist, from neurologist to neurosurgeon. Some use “point” treatment options – only operation, only bone (manual therapy, osteopathy), only injections, only massage, etc., etc.

Methodical in all stages of treatment, collegiality, doctoral acceptability and грамотная neurorehabilitation subsequently relieving the compression of nerve roots of an intervertebral hernia (whether nucleoplasty, other neurosurgical surgery or non-surgical method of treatment according to the method of the doctor Cossa), prevention of recurrent exacerbations, such as in other areas of the spine that is the problem which needs to be addressed to the attending doctor together with the patient.

**Key words:** injection therapy, the method of Koss, the treatment of intervertebral hernia, compression of the nerve root implant.

### Актуальность

В поисках действенных способов борьбы с компрессией корешков исследователями была зафиксирована оригинальная вероятность рассасывающего (протеолитического) фермента «растворять» пульпозное ядро межпозвонкового диска.

На техническом уровне внедрение продукта оказывается достаточно простой операцией, имеющей меньше результатов, нежели при хирургическом вмешательстве.

Исследовано 15 здоровых добровольцев. Средний возраст которых составил 26,7 года, в их числе мужчин – 9 (60 %),

<sup>a</sup> E-mail: koss.victor@gmail.com

женщин – 6 (40 %). Исследуемым из этой категории в 100 % случаев производились магнитно-резонансная томография в вертикальном положении и с дозированной аксиальной перегрузкой.

Вследствии отработки методологий, исследования физиологической реакции текстур позвоночно-двигательных частей поясничного отдела позвоночника были исследованы 120 больных в возрасте от 20 до 55 лет, в их числе женщин – 66 (55 %), мужчин – 54 (45 %).

#### Результаты исследования

При сборе анамнеза и на этапах лечения у пациентов основной группы для визуализации болевого синдрома и его выраженности использовали визуальноаналоговую шкалу. При поступлении 71% больных отмечали в основном умеренную боль (от 4 до 6 баллов), реже, у 13% пациентов, наблюдалась интенсивная боль (от 7 до 10 баллов), жалобы на слабую боль (от 0 до 3 баллов) или ее отсутствие были у 16% пациентов. На момент начала лечения провоцируемая боль (боль при активных движениях, боль при функциональных пробах) становилась менее интенсивной, уменьшалась на 3–4 балла в соответствии с визуально-аналоговой шкалой, используемой для оценки интенсивности боли, а через 2 недели использования ортеза боль полностью купировалась.

Данный способ дает возможность избежать множества рисков, связанных с хирургическим лечением грыжи, к примеру, риска воспалительной реакции на имплантант. Курс импульсно-оптической терапии в длинноволновой (красноватой) области диапазона, которая позволяет стимулировать восстановительные процессы в самом диске и тканях, окружающих его. Вследствии того как при помощи фермента получилось отчасти высвободить «корешок» и снять боль процентов на 50, крайне нужна нейрореабилитация - которая содержит в себе:

1. Совершенствование кровообращения в находящихся вокруг тканях (мышцах, суставах, связках) – этим мы достигаем при помощи лечебного массажа.

2. Совершенствование регенераторных возможностей в межпозвонковом диске - это достигается при помощи импульсно-оптической терапии в длинноволновой (красноватой) области диапазона, которая позволяет стимулировать восстановительные процессы в самом диске и тканях, находящихся вокруг его («аппарат «ИМОС-Косс» – помимо прочего оригинальная разработка инженера Мосийчука А.В. и врача Косса В. В. ) и при помощи иглотерапии.

3. Закрепление мышечного корсета – обязательная часть в нейрореабилитации – достигаем при помощи лечебной физкультуры, сначала используем профилактор Евминова (см. ниже). В этом и содержится лечение межпозвонковых грыж по способу врача Косса.

Главные этапы способа:

1 Внедрение противовоспалительного продукта в пораженный межпозвонковый диск (зависимо от месторасположения

и объема межпозвонковой грыжи курс содержит в себе от 2 до 11 инъекций) – блокада медикаментами. Таким образом мы снимаем воспаление пораженного участка, что выделяет нам вероятность проводить последующие процедуры.

2. Внедрение протеолитического фермента в эпидуральное место (курс включает от 3 до 5 инъекций). Фермент представляет из себя смесь, которая способна растворить пульпозное ядро, которое мешает срастись стенам хряща в месте разрыва. Таким образом, убирая пульпозное ядро, мы позволяем наполнить пустующее место хрящевой ткани и избавляемся от грыжи. Напомню, что грыжа – это разрыв хряща и вытекание пульпозного ядра. Этот способ позволяет не прибегать к операциям и ведет к отказу от имплантов.

3. Репарация межпозвонкового диска и находящихся вокруг его тканей

1) импульсно-оптическая стимуляция межпозвонкового диска. Не взирая, что восстановительные возможности крепкой соединительной ткани диска низки, в рыхловатой соединительной ткани (в пульпозном комплексе) располагается источник активной пролиферации, сопровождаемой развитием хондроцитов аваскулярных тканей;

Инфракрасные волны, проникая в тело, нагревают ткани, мускулы и суставы. В следствии ускоряется перемещение жидкостей тела, возрастает скорость обмена веществ.

2) декомпрессия корешка. Исполняется при помощи методологий вытяжения позвоночника и мануальной терапии. Полезный эффект достигается за счет собственного веса больного и особых процедур на профилакторе Евминов ;

3) физиотерапия (включая в себя миостимуляцию, лазеротерапию, импульсно-модулированный свет и фармацевтический электрофорез). Используя прогрессивные способы, мы достигаем того, что 90% лекарственного продукта добывается нужной нам цели. Это ускоряет лечение и увеличивает эффективность.

4) иглорефлексотерапия. Применяя иглоукалывание, древние китайские комплексы, мы увеличиваем защитные характеристики организма и способность его к самовосстановлению. Обычно воздействуем на меридиан почек, печени и мочевого пузыря – конкретно данные меридианы чаще всего подвергнуты «энергетическому» по концепции Инь-Ян изменению

4. Профилактика повторных обострений, выработка правильного стереотипа позы и перемещения, развитие мышечного корсета.

1) способ БОС (био обратной связи).

В основе данного способа лежат высокие тех. заслуги в физиологической области нервной работы. Используются электроэнцефалографические и миографические измерители

и надлежащие им компьютерные протоколы – вырабатывается верное напряжение в мышцах шеи, спины, таза.

2) плавание и фитнес – персональная разработка физкультурной программы, обучение больного способностям физической культуры. Основное – дать понять, что многоцелевых комплексов процедур ЛФК не существует. Гимнастические упражнения должны быть подобраны персонально специалистом по спортивной медицине. Но, часто, плавание считается неопасным способом профилактики обострений, так как в нем сочетается активность наибольшего количества мускул.

На первом шаге пациентам велось клинично-инструментальное обследование, включавшее осмотр врачом-неврологом или/и нейрохирургом, типовую рентгенографию поясничного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях (рис. 1).

При раскрытии в период исследования смещений позвонков дополнительно производилась рентгенография с многофункциональными пробами.

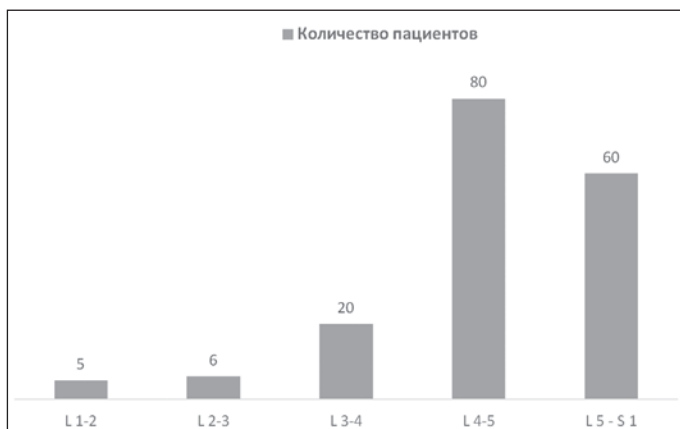


Рис. 1. Распределение пациентов по частоте поражения различных позвоночно-двигательных сегментов (по данным клинично-лабораторного обследования)

В последствии 60 (50 %) пациентам была сделана магнитно-резонансная томография с дозированной аксиальной перегрузкой и 60 (50 %) – в вертикальном положении.

В положении лежа для беспристрастной оценки всех текстур позвоночно-двигательных частей получали последующие изображения: T2-взвешенные изображения во передней, сагиттальной и аксиальной плоскостях; T1 взвешенные изображения и изображения с угнетением сигнала от жира (STIR) в сагиттальной плоскости.

При сборе анамнеза и на этапах лечения у пациентов основной группы для визуализации болевого синдрома и его выраженности использовали визуальноаналоговую шкалу. При поступлении 71% больных отмечали в основном умеренную боль (от 4 до 6 баллов), реже, у 13% пациентов, наблюдалась интенсивная боль (от 7 до 10 баллов), жалобы на слабую боль (от 0 до 3 баллов) или ее отсутствие были у 16%

пациентов. На момент начала лечения провоцируемая боль (боль при активных движениях, боль при функциональных пробах) становилась менее интенсивной, уменьшалась на 3–4 балла в соответствии с визуально-аналоговой шкалой, используемой для оценки интенсивности боли, а через 2 недели использования ортеза боль полностью купировалась (0 баллов в соответствии с табл. 1).

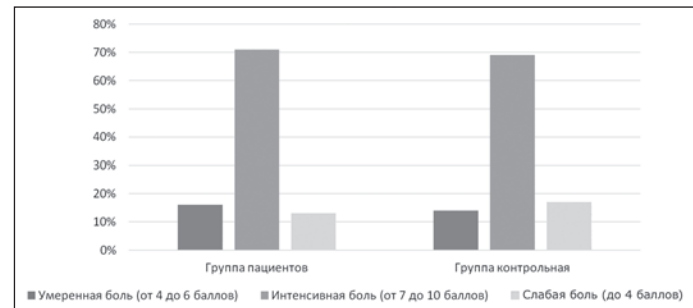


Рис. 2. Визуализация болевого синдрома у группы пациентов

Таким образом, в процессе лечения у пациентов основной группы болевой синдром полностью купировался в течение двух недель и не возобновлялся в процессе динамического наблюдения при обычных статических и динамических нагрузках. Объяснялось это у данной группы больных стабильностью позвоночно-двигательного сегмента на уровне повреждения и равномерным физиологическим распределением нагрузок вдоль всего позвоночника при использовании гиперэкстензионного корсета (табл. 1).

Таблица 1

Результаты оценки выраженности болевого синдрома с помощью визуальноаналоговой шкалы на этапах лечения в основной группе

Выраженность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале	Срок лечения					
	на момент поступления		через 1 неделю после проведения лечения		через 4 недели после проведения лечения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нет боли (0 баллов)	1	3	39	81	45	100
Слабая боль (от 1 до 3 баллов)	4	13	6	19	-	-
Умеренная боль (от 4 до 6 баллов)	36	71	-	-	-	-
Интенсивная боль (от 7 до 10 баллов)	4	13	-	-	-	-
Итого	45	100	45	100	45	100

В контрольной группе проводился опрос о наличии болевого синдрома через 2 года от момента повреждения (табл. 2). У 34 пациентов (24%) болевой синдром сохранился и проявлялся при нагрузках, несмотря на проведенное лечение.

При анализе архивных историй болезни выявлено, что все пациенты предъявляли жалобы на боль в спине, но выраженность боли не оценивалась с помощью визуально-аналоговой шкалы.

Таблица 2

**Результаты оценки выраженности болевого синдрома с помощью визуальноаналоговой шкалы после лечения в контрольной группе**

Выраженность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале	После лечения	
	Количество пациентов	%
Нет боли (0 баллов)	109	76
Слабая боль (от 1 до 3 баллов)	23	17
Умеренная боль (от 4 до 6 баллов)	9	6
Интенсивная боль (от 7 до 10 баллов)	2	1
Итого	143	100

**Вывод**

На этапах лечения выраженность болевого синдрома была 0 баллов (нет боли у всех наблюдаемых). Спустя 2-4 недели после проведения лечения, интенсивная боль наблюдалась у 1% пациентов, умеренная боль (от 4 до 6 баллов) – у 6%, слабая боль (от 1 до 3 баллов) – у 17% пациентов, отсутствие боли наблюдалось у 76% пациентов.

**Список литературы**

1. Preliminary results of a two-layered prosthetic repair for recurrent inguinal and ventral hernias combining open and laparoscopic techniques. *Hernia*, Vol. 1, pp. 253-257.
2. Trevino J.M., Franklin M.E., Berghoff K.R., Glass J.L. & Jaramillo E.J., Romanelli J.R., Roshek T., Lynn D.C. & Earle D B. Single-port laparoscopic cholecystectomy: initial experience. *Surg. Endosc.*, 2010, Vol. 24, pp. 1374-1379.
3. Van Wessel K.J.P., Simons M.P., Plaisier P.W. & Lange J.F. The etiology of indirect inguinal hernias: congenital and/or acquired? *Hernia*, 2014, Vol. 7, pp. 76-79.
4. Waldhausen J.H.T. Incisional hernia in a 5 mm trocar site following laparoscopy. *J. Laparoendosc. Surg.*, 1996, Vol. 6, pp. 89-90.
5. Zollinger R.M. An updated traditional classification of inguinal hernias. *Hernia*, 2004, Vol. 8, pp. 318-322.
6. Виктор Ждановский, Владимир Дарвин. Амбулаторная хирургия грыж. М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2012. 124 с.

**References**

1. Preliminary results of a two-layered prosthetic repair for recurrent inguinal and ventral hernias combining open and laparoscopic techniques. *Hernia*, Vol. 1, pp. 253-257.
2. Trevino J.M., Franklin M.E., Berghoff K.R., Glass J.L. & Jaramillo E.J., Romanelli J.R., Roshek T., Lynn D.C. & Earle D B. Single-port laparoscopic cholecystectomy: initial experience. *Surg. Endosc.*, 2010, Vol. 24, pp. 1374-1379.

3. Van Wessel K.J.P., Simons M.P., Plaisier P.W. & Lange J.F. The etiology of indirect inguinal hernias: congenital and/or acquired? *Hernia*, 2014, Vol. 7, pp. 76-79.

4. Waldhausen J.H.T. Incisional hernia in a 5 mm trocar site following laparoscopy. *J. Laparoendosc. Surg.*, 1996, Vol. 6, pp. 89-90.

5. Zollinger R.M. An updated traditional classification of inguinal hernias. *Hernia*, 2004, Vol. 8, pp. 318-322.

6. Zhdanovsky V., Darwin V. Outpatient surgery for hernia. M.: LAP Lambert Academic Publishing, 2012. 124 p. [In Russ].

**Сведения об авторах**

**Косс Виктор Викторович** – к.м.н., невролог, врач спортивной медицины, заведующий лабораторией спортивной неврологии НИИ Спорта и Спортивной медицины РГУФКСМиТ.  
E-mail: koss.victor@gmail.com

**Information about the authors**

**Koss Viktor Viktorovich** – Phd, neurologist, physician of sports medicine, head of Sport Neurology at the Scientific Research Institute of Sports and Sports Medicine of the RSUFKSMiT.  
E-mail: koss.victor@gmail.com