

УДК [616.248+616.211-002+616.728.3-002]-085.814.1

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОЙ МЕТОДИКИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДВУХ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ – БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И ГОНАРТРОЗОМ

П.Ю. Пономарев, Г.И. Суханова

Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Ключевые слова: имплантация микроигл, бронхиальная астма, аллергический ринит, остеоартроз.

Представлены результаты применения нового метода пролонгированной рефлексотерапии – имплантации кетгуттовых микроигл – в лечении сочетанной патологии у двоих больных с сочетанием бронхиальной астмы, аллергического ринита и остеоартроза. Показана высокая эффективность, клиническая и экономическая ценность нового метода.

Вопрос контроля бронхиальной астмы (БА) – заболевания с широчайшей распространенностью и возрастающим влиянием на экономически активное население и благополучие общества – вряд ли когда-нибудь перестанет волновать медицинское сообщество. Теоретически полностью контролируемое заболевание зачастую оказывается резистентным к терапии, поэтому любой эффективный метод, дополняющий фармакотерапию и приближающий больного к полному контролю БА, будет желанен и востребован. Не менее важна возможность снижения доз ингаляционных и пероральных глюкокортикостероидов и быстродействующих бронхолитиков, обладающих серьезными побочными эффектами и ухудшающих течение сопутствующей патологии [2, 5].

Представляют практический интерес сочетание БА с различными заболеваниями. Высока частота сочетания с патогенетически родственными БА аллергическим (вазомоторным) ринитом. Однако и совершенно неродственные заболевания могут существенно влиять на течение и прогноз БА, в частности, дегенеративная патология опорно-двигательного аппарата: остеоартроз и остеохондроз. Практически неизбежное при БА средней и тяжелой степени применение системных глюкокортикостероидов ускоряет прогрессирование остеоартроза и остеохондроза за счет снижения минеральной плотности кости и увеличения массы тела, ухудшая трудовой и жизненный прогноз [3, 4].

Несмотря на большой выбор действующих субстанций и их сочетаний в составе комбинированных препаратов, большое значение в лечении БА имеют и нелекарственные методики: элиминационная терапия, дыхательные упражнения в составе лечебной физкультуры, галотерапия и другие суховоздушные процедуры, рефлексотерапия (в том числе иглорефлексотерапия, поверхностная иглотерапия, фармакопунктура и др.) [1, 2, 5].

В настоящей статье представлены два наблюдения из практики, иллюстрирующие возможности новой

методики рефлексотерапии – имплантации хромированных кетгуттовых микроигл (ИКМ) – в лечении сочетания БА, круглогодичного аллергического ринита и гонартроза.

Метод воздействия – ИКМ по разработанной нами методике в область избранных точек акупунктуры (ТА) [6]. Топография проекции ТА определялась наиболее точным и широко применяемым на данный момент методом – с помощью пропорциональных отрезков и соответственно наружному ходу каналов и коллатералей, а глубина залегания точек – с учетом индивидуальных анатомических особенностей, главная из которых – толщина подкожной жировой клетчатки и мышечная масса [7–10].

Наблюдение 1. Больная Н., 46 лет, гиперстенического сложения, рост 168 см, вес 96 кг (индекс массы тела Кетле – 34). Обратилась в марте 2009 г. с жалобами на приступы затрудненного дыхания до 5–6 раз в неделю в дневное время и около 1 раза в неделю ночью, снимающиеся приемом сальбутамола. Отмечала постоянное затруднение носового дыхания. Пиковая скорость выдоха составила 320 л/мин (желтая зона), после 2 доз сальбутамола – 390 л/мин (обратимость обструкции – 22,5%); суточный разброс показателя составил 35%. По данным спирометрии, объем форсированного выдоха за 1-ю с (ОФВ₁) – 61% от должного. После вдыхания 2 доз сальбутамола он составил 82% от должного (прирост 34%). При пульсоксиметрии насыщение гемоглобина кислородом в артериальной крови – 99%, при тесте 6-минутной ходьбы больная прошла 387 метров, что соответствует дыхательной недостаточности 1-й ст. Пациентка страдала БА и аллергическим ринитом 11 лет, наибольшая интенсивность проявлений астмы приходилась на июль – середину сентября, в эти периоды длительность системных курсов преднизолона достигала 1 мес, а доза колебалась от 10 до 25 мг в сутки (последний прием – в начале января 2009 г., обратилась с обострением БА и гонартроза в марте 2009 г.). Кроме того, получала серетид 25/250 по 1 дозе 2 раза в день (в том числе на момент первого обращения). Лечение системными и ингаляционными глюкокортикостероидами не было упорядоченным и велось в неэффективных дозах, так как даже частичный контроль течения БА не был достигнут.

Со стороны коленных суставов больную в течение более чем 15 лет беспокоила боль механического ритма средней интенсивности (5–6 баллов по визуально-аналоговой шкале) и крепитация при движении, больше в левом коленном суставе, небольшой его отек. 5 лет назад в ходе всестороннего обследования в ревматологическом отделении ПМКБ № 1 был поставлен диагноз остеоартроза с преимущественным гонартрозом, по поводу чего больная периодически принимала нимесулид (найз) по 50–200 мг/сут, с неполным и нестойким эффектом.

Объективно – незначительная деформация левого колена за счет экссудативных проявлений, пальпация медиального

отдела суставной щели болезненна, объем пассивных и активных движений полный. По данным рентгенографии: явления гонартроза 2-й стадии по 4-ступенчатой классификации. Изменений в клиническом анализе крови и показателях острой фазы воспаления (ревматоидный фактор, С-реактивный протеин, фибриноген) не выявлено, при ультразвуковом исследовании коленных суставов определено незначительное превышение физиологического объема жидкости в супрапателлярной сумке слева, снижение высоты гиалинового хряща слева до 1,3 мм, справа – 1,7 мм.

Диагноз: БА, атопическая, обострение средней тяжести. Дыхательная недостаточность 1-й ст. Поллиноз. Круглогодичный аллергический ринит, обострение.

Сопутствующие заболевания: остеоартроз, полиостеоартроз с преимущественным гонартрозом, 2-я рентгенологическая стадия. Супрапателлярный бурсит левого коленного сустава. Поперечное плоскостопие 2-й ст. Нарушение функции суставов 1-й ст.

Была назначена лекарственная терапия обострения БА и ринита: симбикорт 160/4,5 мкг по 1 дозе 2 раза в день, беродуал 1–2 дозы при приступе, будесонид 50 мкг (тафен назаль) по 1 дозе 2 раза в день.

Так как были зарегистрированы неэффективность системных нестероидных противовоспалительных средств и развитие бурсита левого коленного сустава, а также неполный и некачественный контроль БА, принято решение о проведении в день обращения процедуры имплантации 18 микроигл в ТА, локальные для коленного сустава (ST 34–37, SP 8–10), сегментарные для коленного сустава и легких (CV 2–3, BL 24–26), канальные для легких (LU 1–3), ТА общего действия (ST 36, LI 10–11) и шу-точки (сочувственные) [11]. В качестве поддерживающей терапии остеоартроза применялись кетопрофен (2 мл внутримышечно 1 раз в день – 5 дней), в дальнейшем рекомендованы эпизодический прием нимесулида (апонил) по 50–200 мг в сутки при боли, глюкозамина сульфат (дона) по 400 мг внутримышечно через день курсом 12 инъекций с последующим приемом перорально в дозе 1200 мг 1 раз в день на срок 6 мес., препарат кальция, наружная терапия (1% гель нимесулида и аппликации геля долобене).

Было обращено внимание на то, что непосредственно после проведения процедуры, еще до приобретения медикаментов и начала лекарственной терапии, больная отметила свободное носовое дыхание, субъективное «облегчение дыхания»; пиковая скорость выдоха составила 420 л/мин, (87% от должного, прирост 6% по сравнению с показателем после двух доз салбутамола; от ингаляции до повторного измерения прошло 4 часа). Эту динамику можно однозначно интерпретировать только как проявление немедленных эффектов ИКМ.

Через неделю в связи с улучшением состояния больная отказалась от использования быстродействующих ингаляционных препаратов (эпизодов затруднения дыхания не было). Пиковая скорость выдоха находилась в зеленой зоне, обратимость обструкции держалась в пределах 6–8%, а суточный разброс сократился до 12–16%. Получив облегчение носового дыхания, больная на 4-й день после имплантации самостоятельно решила не принимать интраназальные глюкокортикостероиды. Со стороны коленного сустава отмечено снижение интенсивности боли – 2 балла по визуально-аналоговой шкале (только при спуске с лестницы и приседании на корточках), отек сустава практически исчез, системными нестероидными противовоспалительными средствами больная не пользовалась.

Повторное обращение по поводу обострения БА состоялось в ноябре 2009 г.: появились эпизоды затрудненного дыхания с кратностью 5 раз за последние 2 недели и однократно ночью. При расспросе выяснилось, что назначенную базисную терапию больная принимала 2 месяца, а период цветения основных растений-аллергенов (июнь–октябрь) прошел без приема базисных средств. Обострение БА началось позже, в ноябре, спустя 7 месяцев после имплантации микроигл. Пиковая скорость выдоха составила 370 л/мин (желтая зона), после двух доз салбутамола – 440 л/мин (обратимость обструкции 19%), суточный разброс этого показателя равнялся 23,5%. ОФВ₁ составил 76% от должного, прирост после салбутамола – 17%. Носовое дыхание оставалось свободным, хотя интраназальной терапии больная по-прежнему не получала. Что касается динамики гонартроза, следует отметить, что через 7 мес достигнутый в ходе первого курса лечения эффект остался стабильным: боль на уровне 1–2 баллов, отек сустава отсутствовал, системных нестероидных противовоспалительных препаратов больная не принимала.

Поскольку из наших ранее проводившихся наблюдений известно, что длительность действия процедуры ИКМ составляет от 4 до 7 мес, для поддержания эффекта было решено провести повторную процедуру по ходу канала легких (LU 1–2), а также в область спинки носа и повторный курс хондропротекторов. В качестве терапии БА были назначены симбикорт (80/4,5 по 1 дозе 2 раза в день) и беродуал при приступе.

После этого в течение 1 года усугубления симптомов гонартроза не зарегистрировано (боль на уровне 1–2 баллов, отек сустава отсутствовал, системных нестероидных противовоспалительных препаратов не принимала). Симптомы БА также отсутствовали, хотя доза ингаляционного глюкокортикостероида была минимальна (80 мкг будесонида 2 раза в сутки). Отсутствовали эпизоды обострения ринита даже на фоне острой респираторной вирусной инфекции.

Полученные результаты говорят о выраженном пролонгированном противовоспалительном действии микроигл, как при локальном воздействии, так и при использовании сегментарной и канальной зависимости. В данном случае длительность действия процедуры относительно дыхательной системы оказалась равна 5–6 мес, после чего диагностировано обострение БА, которое легко купировалось без использования системных глюкокортикостероидов и имело значительно менее выраженный характер, нежели до первой процедуры имплантации. Кроме того, впервые за все время заболевания появились длительные (3–4 мес) эпизоды полного контроля БА, даже в условиях нерегулярного приема базисных средств. Существенное улучшение качества жизни определило приверженность больной к повторным процедурам ИКМ.

Наблюдение 2. Больной Д., 34 лет, обратился в мае 2010 г. Диагноз БА установлен в возрасте 22 лет, течение интермиттирующее, адекватной терапии не получал. Затруднение носового дыхания в течение всего года, больше в июне–августе с 15–16 лет; периодически принимал назальные глюкокортикостероиды (мометазона фураат, будесонид) и адреномиметики (оксиметазолин, ксилометазолин) на фоне практически постоянного применения пероральных H₁-блокаторов (клемастин, дезлоратадин, эбастин). Последние 6 мес испытывал приступы удушья (1–2 в мес) в течение всего года, снимавшиеся салбутамолом, anosmia и затруднение (до полного отсутствия) носового дыхания.

Пиковая скорость выдоха составила 81 %, после сальбутамола – 108 % (обратимость 33 %), суточный разброс показателя – 28 %. ОФВ₁ составил 84 %, после двух доз сальбутамола – 98 % (скрытый бронхоспазм). Таким образом, явления БА были незначительными, но ринит – весьма выраженным.

Пациент предъявлял жалобы на боль в коленях механического ритма (4 балла по визуально-аналоговой шкале), после падения 2 недели назад возник еще и небольшой отек слева, прошедший самостоятельно на фоне наружной терапии (гель «Вольтарен»). В течение последних 5 лет больной неоднократно травмировал коленный сустав с последующим его отеком и болевым синдромом. Прошел всестороннее обследование в ревматологическом отделении ПМКБ № 1, где был поставлен диагноз посттравматического гонартроза. Применял системные нестероидные противовоспалительные препараты (нимесулид, диклофенак, напроксен) и различные наружные средства, трехкратно в полость сустава вводились глюкокортикостероиды. На момент осмотра коленные суставы визуально не изменены, движения в полном объеме.

Диагноз: БА, легкое персистирующее течение, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность 0 ст. Поллиноз. Круглогодичный аллергический ринит, обострение.

Сопутствующие заболевания: посттравматический гонартроз с обеих сторон, 1-я рентгенологическая стадия. Поперечное плоскостопие 1 ст. Нарушение функции суставов 1 ст.

В день обращения до начала медикаментозной терапии больному проведена имплантация 14 микроигл; использованы локальные ТА коленного сустава (ST 34–37, SP 8–10, GB 33–34), локальные внеканальные (EX-NH 1, EX-NH 3) и отдаленные ТА канала легких (LU 1–2), а также точки общего действия (ST 36, LI 10–11). Назначены фексофенадин (телфаст) – 120 мг 1 раз в день, сальбутамол – 1–2 дозы при приступе и назальный спрей флутиказона фуората (авамис) – по 1 дозе 2 раза в день. В качестве терапии остеоартроза применялись нимесулид (нимесил) в дозе 100 мг 1 раз в день – 5 дней, глюкозамин сульфат (дона) – по 400 мг внутримышечно через день (курс 12 инъекций) с последующим пероральным приемом по 1200 мг в день в течение 6 мес. Наружная терапия проводилась аналогично описанной в предыдущем наблюдении.

Немедленный эффект имплантации проявился еще в ходе процедуры ИКМ и состоял в полном исчезновении боли и самостоятельном возобновлении носового дыхания без какого-либо фармакологического воздействия. Впоследствии больной выполнял назначения с видимым улучшением состояния. В июле 2010 г. (на 3-м месяце лечения) отменил назальную терапию полностью, так как носовое дыхание оставалось свободным. Приступов затруднения дыхания за весь период наблюдения не отмечал ни разу, ингаляционной терапии не использовал. Пиковая скорость выдоха составила 96 %, после сальбутамола – 102 % (обратимость 6 %), суточный разброс – в пределах 8–10 %; ОФВ₁ – 97 %, после сальбутамола – 101 % (прирост недостоверен). При контрольных осмотрах через неделю, месяц и шесть месяцев после ИКМ боль в коленном суставе пациента не беспокоила, несмотря на активные занятия спортом; местные и резорбтивные нестероидные противовоспалительные препараты не применял.

В направлении аллергического ринита ИКМ действовала вместе с назальными глюкокортикостероидами, и на фоне комбинированного воздействия достигнута стойкая и полная ремиссия. Что касается БА, в течение 6 месяцев наблюдения после ИКМ отсутствовали приступы удушья и отмечено улучшение объективных показателей функции внешнего дыхания в виде уменьшения степени бронхообструкции.

Описанный случай – пример успешного контроля легкой персистирующей БА без использования базисных препаратов в течение 10 месяцев. Подтверждается высокая эффективность новой методики в лечении и посттравматических гонартрозов в начальных стадиях.

Таким образом, ИКМ является малоинвазивной, простой, доступной и безопасной методикой контроля БА и аллергического ринита и лечения остеоартроза, в том числе посттравматического, характеризующаяся большой длительностью действия и немедленными эффектами (бронходилатирующим, деконгестивным и анальгетическим). Метод позволяет значительно снизить лекарственную нагрузку, создаваемую системными глюкокортикостероидами и нестероидными противовоспалительными препаратами, эффективно предотвращая их побочные эффекты и существенно снижая себестоимость терапии.

References

1. Vasilenko V.M., Osipova N.N., Shatkina G.V. The acupuncture lectures. M.: Su Dzhok akademija, 2002. 374 p.
2. A global strategy for the treatment and prevention of asthma. Peresmotr VOZ 2007 goda. / ed. A.G. Chuchalina. M.: Atmosfera, 2007. 160 p.
3. Kovalenko V.N., Bortkevich O.P. Osteoarthritis: a practical manual. Kiev: Morion, 2003. 446 p.
4. Nasonov E.L. Modern trends of osteoarthritis pharmacotherapy, *Consilium medicum*. 2001. No. 9. P. 20–24.
5. Respiratory medicine: a guide in 2 vol. / ed. A.G. Chuchalina. M.: GEOTAR-media, 2007. 1616 p.
6. The method of reflexology implantation of outside things in the acupuncture points. Zajavka na izobretenie No. 2505100 at 11.05.2010. Ponomarev Ju.V., Ponomarev P.Ju., Suhanova G.I., Narkevich A.B.
7. Eachou Ch. Cross-sectional anatomy of acupoints. Churchill Livingstone, 1995. 244 p.
8. Flaws B., Finney D. A compendium of traditional chinese medicine patterns and treatments. Blue Poppy Press, 1996. 197 p.
9. George Soulié De Morant. Chinese acupuncture. Brookline: Paradigm Publications, 1994. 896 p.
10. Liu Yan. Diagrams of acupuncture manipulations [Chinese-English edition]. Schanghai scientific and technical publishers, 2003. 164 p.
11. Liu Yan. Illustration of composed acupoints in acupuncture-moxibustion use. Schanghai scientific and technical publishers, 2003. 390 p.

Поступила в редакцию 14.01.2011.

EXPERIENCE IN APPLICATION OF NEW METHODS OF REFLEXOTHERAPY IN TREATMENT OF TWO PATIENTS WITH POLYPATHIA – BRONCHIAL ALLERGY, NASAL ALLERGY AND GONARTHROSIS

P.Yu. Ponomarev, G.I. Sukhanova

Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russian Federation)

Summary – The paper describes the application results of new method of prolonged reflexotherapy – implantation of catgut microneedles – in treatment of polypathia of two patients suffering from bronchial allergy, nasal allergy and osteoarthritis. It substantiates the high efficiency, clinical and economic value of such method.

Key words: implantation of microneedles, bronchial allergy, nasal allergy, osteoarthritis.