

Таблица

Влияние галотерапии на клинические проявления заболевания у больных ХОБ и БА

Анализируемые клинические признаки	До лечения		После лечения							
			исчезли				уменьшились			
	абс.		абс.		%		абс.		%	
	БА	ХОБ	БА	ХОБ	БА	ХОБ	БА	ХОБ	БА	ХОБ
Одышка	51	377	42	317	82,4	84,1	9	60	17,6	15,9
Кашель	51	377	37	68	72,6	18,0	14	309	27,5	82
Мокрота	51	377	36	70	70,6	18,6	15	307	29,4	81,4
Удушье	51		47	92			4		7,8	

Функция внешнего дыхания значительно улучшилось у 74,5% больных ХОБ и у 82,2% больных БА, что сравнимо с данными других исследователей. Уменьшение одышки при БА наблюдалось у 17,6%, при ХОБ у 15,9%, кашля у 82% больных ХОБ и 27,5% больных БА; уменьшение количества откашливаемой мокроты после курса лечения ГТ отмечалось у больных ХОБ в 81,4%, у больных БА в 29,4%. Значительное улучшение отмечалось у больных с ХОБ: одышка уменьшилась в 84,1%, кашель у 18%, мокроты после курса лечения у 18,6%. У больных БА значительное улучшение произошло в следующем: одышка значительно уменьшилась у 82,4% больных, кашель у 72,6%, мокроты в конце курса лечения у 70,6%. Ухудшения среди больных при четко выполняемых противопоказаниях не отмечалось.

Выводы

Клиническая эффективность ГТ среди пациентов



пожилого возраста с ХОБЛ составила 92,2%, у больных ХОБ 93,6%, больных БА 92,2%. Техническая безопасность, хорошая переносимость, отсутствие побочного воздействия, возможность уменьшения медикаментозной терапии, в частности антибиотиков при ХОБ, кортикостероидов при БА позволяет рекомендовать данный метод в комплексной терапии ХОБЛ у лиц пожилого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбенко Г.П., Дубинская А.В., Степанова Н.Г. и др. Новые медицинские технологии в профилактике и лечении заболеваний органов дыхания /Под ред. Г.П. Горбенко.-М., 1990.-С.17-23.
2. Семочкина Е.Н., Силвестров В.П., Малышева А.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких – немедикаментозные методы в комплексной терапии: Клин.сборник.-М.: Кремлевская медицина, 1999.-С.38-41.

УДК 616.24-002.2

В.А.Тарнугев, Г.Т.Намсараева, Т.Н.Баглаев

**НОВАЯ МОДЕЛЬ АДАПТАЦИИ ТРАДИЦИОННОГО ТИБЕТСКОГО КРОВОПУСКАНИЯ
НА ПРИМЕРЕ РАННЕЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ
ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ**

*Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН,
Буриятский Республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Улан-Удэ*

РЕЗЮМЕ

Целью проведенного исследования явилась клиническая оценка одного из методов тибетской рефлексотерапии (РТ) – кровопускания, на фоне современной комплексной терапии ХОБЛ.

В исследование вошли 60 больных с бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом. Подбор сосудов для вскрытия был проведен с использованием одного из ведущих подходов тибетской медицины постановкой диагноза по пульсу на разработанном в госпитале пульсодиагностическом комплексе с программным обеспечением.

Переориентация диагноза по тибетской тради-

ции отнесла всю группу наблюдений к классу болезней «жара» легких. В соответствии с данным диагнозом проводилось вскрытие трех сосудов на руках: «сосуда, собирающего шестерых», «изгибающегося» сосуда, расположенных в нижней четверти тыла предплечья и общего сосуда легких и толстой кишки на кисти. Эффективность лечения по данным клинического и лабораторно-инструментального обследования была значительно выше, чем в контрольной группе больных.

Таким образом, использование в лечении ХОБЛ одного из древнейших методов РТ, практически реализованного с помощью современной компьютерной технологии, значительно повышает клинический эффект.

SUMMARY

V.A.Tarnuev, G.T.Namsaraeva, T.N.Baglaev

NEW ADAPTED MODEL OF TRADITIONAL TIBET PHLEBOTOMY USE FOR PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES DURING FOLLOW UP PERIOD

The purpose of this study was to assess one of the methods of Tibet reflex therapy- phlebotomy, combined with modern complex treatment of COPD. Study group was made up of 60 patients with bronchial asthma and chronic obstructive bronchitis.

According to Tibet medicine criteria all symptoms were classified as diseases of lung 'fever'. Three arm vessels were opened: 'vessel collecting six', 'bending vessel' located in the lower part of the arm and mutual vessel of lung and intestine located on the hand. Clinical and laboratory studies showed this treatment to be more effective than that of patients in control group. Thus traditional Tibet phlebotomy method was shown to improve clinical effect significantly in patients with COPD.

Терапия наиболее распространенных заболеваний до середины XX века ассоциировалась непременно с развитием и усовершенствованием фармакотерапии, хирургических и других новых методов лечения. Несмотря на достигнутую высокую курабельность заболеваний на основе современных научных исследований, некоторые аспекты лечения (побочные эффекты фармакотерапии, частота обострений, резистентность и прогрессирование заболеваний) продолжали и продолжают, до сего времени, у значительного числа составляющих нозологического каталога [7, 9], оставаться в той или иной степени нерешенными. Отмеченное непосредственно относится и к хроническим обструктивным болезням легких (ХОБЛ), частота и распространенность которых общеизвестна [13, 14].

Наблюдаемая ускоренная интеграция традиционной медицины, в частности, акупунктуры (рефлексо-терапии – РТ), особенно в последние два десятилетия, произошла во многом благодаря достижениям науки в области молекулярной, клеточной и системной биомедицины [5, 6] и оказала положительное влияние на вышеперечисленные аспекты терапевтического процесса, повысив не только его клинические возможности, но и является, по нашему мнению, связующим фактором мультидисциплинарности современной медицины. Данный немаловажный факт обусловлен исторической, социальной и эволюционно заданной закономерностью развития медицины к III тысячелетию.

Если клиническая эффективность РТ, базирующейся на классическом иглоукалывании, достаточно хорошо известна исследователям и клиницистам [5, 7, 8], то это никак нельзя отнести к малому кровопусканию, одному из методов тибетской традиции врачевания, ранее широко распространенному во

многих восточных регионах России. Разработка данного метода ведется в течение ряда лет в Бурятском Республиканском клиническом госпитале для ветеранов войн. На основе большого числа наблюдений, метод интерпретирован как один из методов РТ [10].

Целью данного исследования явилась клиническая оценка эффективности метода, использованного с соблюдением первозданных условий и правил на фоне современной терапии ХОБЛ, в начальной стадии программы реабилитации больных [2, 3].

Наблюдалось 60 больных в 2-х подгруппах: 1 – 32 пациента с бронхиальной астмой (БА); 2 – 28 больных с обострением хронического обструктивного бронхита (ХОБ). В исследование вошли больные старшего возраста от 38 до 72 лет с медленно прогрессирующим, среднетяжелым течением заболевания, сохранившим черты обратимости и индивидуальных особенностей. В подгруппе больных с БА обследовано 17 больных с неаллергической БА (НБА) и 15 аллергической формой БА (АБА) клиника которых сопровождалась достаточно выраженным респираторным синдромом – кашлем, одышкой и приступами удушья. Подгруппа с обострением ХОБ, где наблюдались больные более старшей возрастной группы и длительным течением заболевания (более 10 лет), характеризовалась ускоренным прогрессированием с частыми обострениями, постоянным кашлем с мокротой, и нарастанием одышки, что расценивалось как нарастание тенденции к утрате обратимого компонента бронхиальной обструкции.

Переориентация диагноза по тибетской традиции, необходимая для конкретного выбора метода лечения проведена в 2-х вариантах: во-первых – на основе разработанной нами теоретической модели адаптации метода, базирующейся на сравнительной оценке традиционной и современной нозологии [11], и во-вторых – с помощью одного из ведущих подходов тибетской медицины: постановкой диагноза по пульсу [1, 2, 3, 4, 9] на разработанном в госпитале автоматизированном пульсовом диагностическом комплексе с программно-аппаратным комплексом (АПДК с ПАК). Первый вариант осуществлен путем сравнительного системного анализа традиционной методологии тибетской медицины с теориями общей патологии. Последняя к настоящему времени имеет статус интегральной науки, связывающей многие фундаментальные и клинические дисциплины с широкими методологическими и методическими возможностями [11]. Нами использован метод сравнительной оценки традиционных клинико-теоретических построений с типовыми формами повреждений и общепатологическими процессами с учетом теорий общей патологии (этиология, патогенез, реактивность и др.) [9]. Совокупный анализ современных представлений по этиологии, патогенезу и клинике ХОБЛ с традиционными аналогами, выявил очевидную связь БА и ХОБ с «развивающимся и распространенным жаром» легких. Второй вариант переориентации диагноза осуществлен с помощью АПДК, предназначенного для определения состояния трех регулирующих систем организма «ветра», «желчи» и «слизи»; выделения классов болезней по комплексам признаков «жа-

ра» или «холода». Данный метод диагностики с принципиально новым программным обеспечением, отличающийся высокой экспрессивностью, простой интерпретацией и информативностью позволил быстро отнести всю группу наблюдений к классу болезней «жара» легких.

В соответствии с установленным диагнозом проводилось вскрытие сосудов «собирающего шестерых», «изгибающего» сосуда в нижней четверти тыла предплечья и общего сосуда легких и толстой кишки на кисти, между основными фалангами указательного и среднего пальцев. Курс лечения состоял из 2-3 процедур, выполняемых в соответствии с традиционными и современными требованиями. Результаты лечения оценивали по динамике основных клинических признаков, функциональных показателей легких, бронхологического и лабораторного исследования. В первой подгруппе у 20 (62%) больных отмечалось значительное улучшение: уменьшились кашель и одышка; улучшился и удлинился сон, к моменту выписки прекратились приступы; аускультативно отмечена регрессия физикальных проявлений. Эти данные демонстрируют отчетливый клинический эффект. У 12 (38%) больных БА наблюдалось неполное исчезновение симптоматики. Функциональные показатели у этих же больных, проведенные до и после лечения (на 1-2 день), изменились следующим образом: отмечен прирост ФЖЕЛ и ОФВ₁ на 18-20% и увеличение пикфлоуметрии на 22% ($p < 0,05$) в первой группе наблюдений, а во второй – отмечен прирост ФЖЕЛ и ОФВ₁ на 10-12% и пикфлоуметрии на 12%. Выборочно проведенная бронхоскопия показала снижение визуальных проявлений воспалительного процесса. В целом, по всей группе больных БА, отмечены положительные сдвиги в показателях гуморального иммунитета: повышение IgA и IgG и нормализация хелперно/супрессорного соотношения, и содержания иммуноглобулина IgE, что согласуется с данными других исследований о раздражающем действии на иммунную систему методов рефлексотерапии. В анализах крови нивелировались признаки воспаления, и уменьшилась эозинофилия.

Во второй подгруппе больных с ХОБ отмечена положительная динамика субъективных и некоторых объективных симптомов при статичности симптомов собственно прогрессирующего хронического воспалительного процесса. Однако, несмотря на то, что лечение кровопусканием проводилось в период постмедикаментозного купирования обострения, наблюдалась достаточно четкая положительная динамика: прекращение кашля до очень скудного по утрам, с небольшим количеством мокроты, уменьшение одышки, нормализация температуры, улучшение общего самочувствия и сна. При аускультации наблюдалось уменьшение хрипов и жесткости дыхания. Динамика функциональных показателей была не

столь выраженной: ФЖЕЛ и ОФВ₁ в среднем увеличилось на 12-13%, средний прирост показателей пикфлоуметрии составил 10-12%. При бронхоскопии также отмечена не столь явная динамика: состояние слизистой оболочки, культуральный состав бронхиального содержимого изменились не столь существенно. Клинический анализ крови, а также ее иммунологическое исследование выявили положительные сдвиги.

Таким образом, лечение кровопусканием, подключенное к ранней программе реабилитации ХОБЛ, показало достаточно высокую эффективность, достигая 58-60%, подтвержденную клиническим обследованием и совокупностью лабораторно-инструментальных методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азаргаев Л.Н., Бороноев В.В., Тарнуев В.А. Методика работы на автоматизированном пульсодиагностическом комплексе тибетской медицины.- Улан-Удэ: Изд-во БГУ, 2000.- 88 с.
2. Атлас тибетской медицины.-М.: Изд-во Галарт, 1994.-592 с.
3. Базарон Э.Г. Очерки тибетской медицины.- Улан-Удэ: Бурят.кн.изд-во, 1987.-223 с.
4. Бороноев В.В. Физические основы пульсовой диагностики заболеваний в тибетской медицине: Дис. ...д-ра техн.наук.-Иркутск, 1999.-401 с.
5. Василенко А.М. Акупунктура и рефлексотерапия: эволюция методологии и теории.-Таганрог: Изд-во ТРТУ, 1998.-110 с.
6. Зилов В.Г. Саморегуляция организма в лечебных целях//Вестник РАМН, 1996.-№12.-С.23-26.
7. Карпеев А.А. Состояние и перспективы развития традиционной медицины в России// Традиционная медицина – 2000.-Материалы науч.-практ.конф.-М., 2000.-Т.2.-С.8-10.
8. Лувсан Г. Очерки методов восточной рефлексотерапии.-Новосибирск: Наука, 1991.-432 с.
9. Николаев С.М. Медицинские системы// Традиционная медицина – 2000.-Материалы науч.-практ. конф.-М., 2000.-Т.1.-С.21-22.
10. Тарнуев В.А., Намсараева Г.Т. Кровопускание в традиционной восточной медицине.-Улан-Удэ, 1995.- 119 с.
11. Руководство по общей патологии человека: Учеб.пособие/Под ред. Н.К.Хитрова.- М.: Медицина, 1999.-728 с.
12. «Чжуд-ши» – памятник средневековой тибетской культуры.-Новосибирск: Наука, 1988.-348 с.
13. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких/Под.ред. А.Г.Чучалина.-М., 1998.-С.11-26.
14. Folgennq H., Dekhuijzen R., Cox H., Van Herwaarden C. The rationale of pulmonary rehabilitation//Eur. Respir. J.-1991.-Vol.6.-P.464-471.

