

УДК 616.24-007.272-036:12-085

*M. A. Орлов, Е. И. Минеева, Е. А. Орлова,
О. С. Полунина, А. Л. Иванов, В. А. Кудрявцев*

Астраханская государственная медицинская академия

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Введение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается одной из важнейших причин нарушения здоровья и смертности человека. Несмотря на высокие возможности современной фармакотерапии, при прогрессировании ХОБЛ эффективность базисной лекарственной терапии снижается, и в этих случаях возрастает клиническая значимость применения немедикаментозных методов реабилитации [1, 2]. Установлена возможность эффективного влияния рефлексотерапии и мануальной терапии на выраженность бронхобструктивного синдрома у больных ХОБЛ [3–5]. Клиническая эффективность этих методов обусловлена влиянием на механизмы саногенеза и адаптации, что на разных этапах развития патологического процесса может представляться новым подходом к профилактике, лечению и реабилитации больных с бронхолёгочными заболеваниями [6, 7]. За счет рационального использования рефлексотерапии и традиционных физических методов лечения, совмещенных с природными факторами курорта, совершенствуются программы респираторно-восстановительной терапии, позволяющие пролонгировать эффекты санаторно-курортного лечения больных ХОБЛ [8]. Перспективным методом реабилитации больных с заболеваниями легких и сердца может стать дифференцированная светорефлексотерапия. По результатам апробации методов фототерапии в клинике внутренних болезней лечебное воздействие низкоинтенсивного света на биологически активные участки кожи и проекцию магистральных кровеносных сосудов способствует позитивной динамике иммунологических, метаболических и гемодинамических показателей [9].

К сожалению, успехи в лечении и реабилитации больных ХОБЛ пока не обеспечивают полной возможности длительного сохранения физического состояния, работоспособности и качества жизни этой многочисленной группы пациентов. Инициативное решение сложных вопросов многоаспектной проблемы ХОБЛ в России и за рубежом требует притока современных идей, разработки новых научных и клинических направлений, а также соответствующего материального обеспечения лечебно-профилактических учреждений и центров реабилитации [10–12].

Целью исследования являлась оптимизация и повышение эффективности восстановительного лечения больных среднетяжелой ХОБЛ с помощью рефлексотерапии с учетом развития адаптационных реакций организма и функционального состояния реабилитируемых пациентов.

Материал и методы исследования

Курсовое восстановительное лечение получили 60 больных ХОБЛ в возрасте 35–56 лет. Продолжительность болезни колебалась от 9 до 16 лет. Клинический диагноз ХОБЛ установлен по общепринятым критериям и верифицирован при поступлении на реабилитацию. Обострение воспалительного процесса исключалось в соответствии с критериями Anthonisen et al. (1987). С учетом клинико-функциональной характеристики пациентов разделили на 2 группы: с преобладанием обструктивных (36 чел.) и обструктивно-рестриктивных нарушений (24 чел.). В комплексе базовых лечебно-реабилитационных мероприятий использовали все доступные методы рефлексотерапии (корпоральная, аурикулярная, поверхностное воздействие игольчатым валиком, точечный массаж), однако для восстановления бронхиальной проходимости в качестве приоритетного метода назначалась иглорефлексотерапия (ИРТ). В процессе лечения учитывали клиническую динамику симптомов ХОБЛ – одышки, кашля и продукции мокроты. Влияние рефлексотерапии на восстановление респираторных нарушений оценивали по результатам спирографии, выполненной на отечественном компьютерном спироанализаторе ЭТОН-01, и ежедневной пикфлюметрии с помощью пикфлюметра Пульмотест [13]. Для оценки неспецифической резистентности организма больных определяли стандартным методом ИФА содержание лактоферрина (ЛФ) в слюне и сыворотке крови и рассчитывали индекс белой крови (ИБК), составляющий в норме 1,3–2,4. Значение ИБК определяется по процентному отношению общего числа нейтрофилов к сумме эозинофилов, базофилов, лимфоцитов, моноцитов [14]. Развитие адаптационных реакций организма больных в процессе лечения традиционно оценивали по методу Л. Х. Гаркави [15]. При составлении плана рефлексотерапии учитывалась также патология грудной клетки (кифозы, сколиозы) и остеохондроз грудного отдела позвоночника, отягощающие течение ХОБЛ. В зависимости от клинической симптоматики использовались методы тонизации или дисперсии. Анализ полученных данных осуществляли в 1, 3 и 10-й дни проводимого лечения.

Результаты и обсуждение

У больных с преобладанием обструктивных нарушений в результате комплексного лечения с использованием ИРТ уже к 4–5 дню отмечалась положительная клиническая динамика в виде уменьшения кашля, одышки и количества хрипов. В большей степени нами отмечался регресс аусcultативных признаков. Наряду с клинической динамикой по окончании курсового восстановительного лечения произошли позитивные изменения некоторых показателей внешнего дыхания. Так, форсированная жизненная ёмкость лёгких (ФЖЕЛ) увеличилась от $68 \pm 2,1$ до $79 \pm 2,2\%$ ($t = 3,68$), объём форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) – от $65 \pm 3,1$ до $76 \pm 3,1\%$ ($t = 3,20$). Достоверные изменения установлены в динамике показателя максимальной объёмной скорости выдоха на уровне 75 % кциальному (МОС75), характеризующего, как известно, состояние проходимости мелких бронхов. После курсовой реабилитации этот показатель увеличился до

$76 \pm 3,1\%$ (до лечения – $65 \pm 3,1\%$ ($t = 2,69$)). Принципиальное значение в восстановлении респираторных нарушений при среднетяжелой ХОБЛ имеет патогенетический подход к сеансам ИРТ, в которых наряду с использованием основных точек I (P) – 1, 3, 7; IX (MC) – 4; XIV (J) – 12, 17; XII (F) – 3, 13, 14; IV (RP) – 4; VII (V) – 13, 14, 18, 20 оказывалось целевое влияние на продуктивность кашля и снижение выраженности гипергидроза как проявления астеновегетативного синдрома на фоне хронического бронхолегочного воспаления: точки VII (V) – 17, 40, 43; XII (F) – 13; XIII (T) – 10, 12, 14.

Клиническое наблюдение за больными со смешанным характером нарушений легочной вентиляции свидетельствует об их связи с вертебробогенной патологией, изменениями мышечно-фасциального каркаса грудной клетки. При сопутствующем остеохондрозе грудного отдела позвоночника существенно изменялось течение ХОБЛ, характеризуясь достаточно резистентными к лечебным воздействиям респираторными нарушениями, выступающими наряду с болевыми ощущениями в грудной клетке и изменениями в самочувствии и активности пациента. Несмотря на позитивные в целом изменения показателей функции внешнего дыхания, нами не отмечено их достоверного увеличения ($t = 0,81–1,88$). Вместе с тем наибольший (на 8 %) прирост был получен в показателе жизненной ёмкости лёгких (ЖЕЛ) и менее значимый (на 4 %) для МОС50. Особенностью ИРТ для больных ХОБЛ с вертебробогенной патологией явилось обязательное включение в сеанс точек II (GJ) 11; VI (IG) 3; VII (V) 62 и аурикулярных точек 55, 95, 42, 39, 99, 106, 107, 108 в течение 30 минут. Результаты наблюдения свидетельствуют, что достигнутые с помощью ИРТ эффекты способствовали более раннему использованию дыхательного тренинга и назначению звуковых упражнений. Применение точечного (точки VII мерида – V 12,13,43 и III мерида – E 36) и каточкового массажа в сочетании с интенсивным массажем грудной клетки через 5–7 процедур приводило к выраженному уменьшению болевого синдрома, что значительно улучшало психоэмоциональное состояние пациента и повышало его надежду на выздоровление.

Под влиянием лечебных схем ИРТ в течение всего срока реабилитации отмечалась тенденция к улучшению показателей ежедневного пикфлюомониторинга. Однако более быстрые темпы восстановления разницы между утренними и вечерними показателями имели место в группе больных с преимущественно обструктивными нарушениями легочной вентиляции. Дневной прирост показателей пикфлюметрии увеличился с 38,2 в 1-й день до 40,1 л/мин в 3-й и 18,4 л/мин в 10-й день наблюдения, при этом фактические значения в вечернее время увеличились с $352,6 \pm 5,8$ до $371,9 \pm 6,5$ л/мин в 1-й и 10-й дни соответственно. Снижение разницы между утренними и вечерними результатами пикфлюметрии свидетельствует о реализации возможности ИРТ влиять на обратимый компонент бронхиальной обструкции у больных среднетяжелой ХОБЛ.

Опыт работы сотрудников кафедры медицинской реабилитации Астраханской государственной медицинской академии показал, что восстановление респираторных нарушений при среднетяжелой ХОБЛ происходит более эффективно, если в программе реабилитации присутствуют кор-

ригирующие методики для сопутствующей патологии грудной клетки и позвоночника. В настоящем исследовании у 11 из 24 больных ХОБЛ с обструктивно-рестриктивным характером нарушений легочной вентиляции отмечалось уменьшение экскурсии грудной клетки и ослабление функции дыхательных мышц. Сочетание этих изменений обычно присутствовало при установленных дистрофических изменениях позвоночника, однако нарастание болевых ощущений в грудной клетке, лимитирующих осуществление акта дыхания, отмечалось с большим постоянством при остеохондрозе позвоночника более 8 лет.

С учётом патогенетической значимости вертебровисцеральных связей в лечебный комплекс больных этой категории наряду с ИРТ была внесена инъекционная фармакопунктура гомеопатических препаратов Дискус композитум и Цель Т в обычных дозах – по 2,2 мл на процедуру. Терапевтический эффект фармакопунктуры выразился уменьшением тканевого отека, снижением мышечного дефанса и болевых реакций триггерных точек. Всё это способствовало восстановлению биомеханики дыхания и, следовательно, стабилизации дыхательного стереотипа. Рациональное сочетание фармакопунктуры Дискус композитум и Цель Т с ИРТ следует отметить в качестве положительного примера повышения эффективности реабилитации больных ХОБЛ и безопасности использования гомеопатических препаратов.

Как известно, хроническое бронхолегочное воспаление при ХОБЛ не только поддерживает нарушения бронхиальной проходимости, но и снижает реактивность организма больных. После 10 дней реабилитации с использованием ИРТ у всех больных выявлено снижение содержания ЛФ в слюне до $24 \pm 0,7$ мкг/мл и в сыворотке крови, составившее в 1-й день $2,4 \pm 0,3$ мкг/мл и $1,1 \pm 0,4$ мкг/мл к 10 дню наблюдения ($t = 2,18$). При отсутствии активного воспалительного процесса в бронхах односторонние количественные изменения секреторного и сывороточного ЛФ могут свидетельствовать об улучшении иммунологической резистентности организма больных ХОБЛ под влиянием курсовой ИРТ. Каких-либо качественных изменений адаптационных реакций организма больных в процессе восстановительного лечения нами не установлено, что, вероятно, объясняется отсутствием в легких выраженных воспалительных реакций. Вместе с тем ИРТ способствовала сохранению такой оптимальной реакции адаптации, как повышенная активация. По окончании курса реабилитации также отмечалось умеренное снижение фактических значений ИБК до 1,23–2,8, свидетельствующее о тенденции к позитивным сдвигам в иммунном гомеостазе.

Заключение

Результаты исследования показали, что рефлексотерапия оказывает благоприятное воздействие на функциональное состояние бронхолёгочной системы, способствуя восстановлению адаптационного состояния и респираторных нарушений у больных среднетяжёлой ХОБЛ. При сопутствующей патологии грудной клетки и дистрофических поражениях грудного отдела позвоночника ИРТ в сочетании с инъектированием гомеопатических препаратов Дискус композитум и Цель Т паравертебрально и в триг-

герные точки эффективно уменьшает болевой синдром, улучшает эмоциональное состояние пациентов и повышает возможности использования аппаратных и физических методов реабилитации. Использование ИРТ в реабилитации больных ХОБЛ с остеохондрозом грудного отдела позвоночника способствует восстановлению клинико-функциональных нарушений как основного, так и сопутствующего заболевания. Следует отметить, что основным путём повышения эффективности восстановительного лечения больных среднетяжёлой ХОБЛ является рациональное сочетание лечебных мероприятий и ранняя реабилитация обратимых нарушений легочной вентиляции при ещё сохранённом физическом здоровье у большинства пациентов.

Выводы

1. Применение рефлексотерапии в комплексной реабилитации больных ХОБЛ увеличивает влияние положительных эффектов респираторно-восстановительной терапии на показатели функционального состояния респираторной системы и динамику адаптационных реакций организма.
2. Рефлексотерапия в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий улучшает ближайшие и отдалённые результаты восстановительного лечения больных среднетяжёлой ХОБЛ.
3. Дифференцированный подход к применению рефлексотерапии в реабилитации больных ХОБЛ выявил новые возможности оптимизации восстановления респираторных нарушений у больных с сопутствующей патологией грудной клетки и позвоночника.
4. Использование рефлексотерапии в комплексной реабилитации больных среднетяжёлой ХОБЛ является эффективным и безопасным методом восстановительного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких / Пер. с англ. под ред. А. Г. Чучалина. – М.: Атмосфера, 2003. – 96 с.
2. Клячкин Л. М., Щегольков А. М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 328 с.
3. Агасаров Л. Г. Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия). – М.: Арнебия, 2002. – 208 с.
4. Гайнутдинов А. Р., Иваничев Г. А., Лысцова З. Р. Рефлекторная активность межреберных мышц у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких // Пульмонология. – 2003. – № 2. – С. 16–20.
5. Табеева Д. М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии. – М.: МЕДпресс, 2001. – 456 с.
6. Кокосов А. Н. Пневмология в пожилом и старческом возрасте. – СПб.: Мед Масс Медиа, 2005. – 712 с.
7. Лиеv A. A. Концепция саногенеза (теоретические аспекты мануальной терапии) // Южно-Российский медицинский журнал. – 2000. – № 3–4. – С. 20–22.
8. Каледина Л. А., Костенко О. Е. Опыт работы Кисловодского респираторно-восстановительного центра // Проблемы терапевтической и хирургической пульмонологии: Сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 1997. – № 249.

9. Карадаишов В. И., Петухов Е. Б., Зродиков В. С. Фототерапия (светолечение): Руководство для врачей / Под ред. Н. Р. Палеева. – М.: Медицина, 2001. – 392 с.
10. Сенкевич Н. Ю., Белевский А. С. Качество жизни – предмет научных исследований в пульмонологии // Терапевтический архив. – 2000. – № 3. – С. 36–41.
11. Чучалин А. Г. Хронические обструктивные болезни легких. – М.: ЗАО «Издательство БИНОМ»; СПб.: Невский диалект, 1999. – 512 с.
12. Van Schayck C. P. Quality of Life in patients with chronic obstructive lung disease. COPD: diagnosis and treatment. – Washington, Excerpta Medica, 1996. – Р. 72–77.
13. Регистрационное удостоверение Минздрава РФ № 29/09030402/4144-02.
14. Трубников Г. В., Воробьёва М. Н., Тютюнников С. В. К вопросу о прогнозировании инфекционно-токсического шока у больных острой пневмонией и его исхода // Неотложные состояния в пульмонологии: Сб. науч. тр. – Барнаул, 1991. – С. 142–150.
15. Гаркави Л. Х. Адаптационные реакции и резистентность организма. – Ростов н/Д.: Изд-во Ростов. ун-та, 1979. – 126 с.

Статья поступила в редакцию 14.04.06

OPPORTUNITIES AND PROSPECTS OF REFLEXOTHERAPY IN REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

M. A. Orlov, E. I. Mineeva, E. A. Orlova,
O. S. Polunina, A. L. Ivanov, V. A. Kudriavtsev

In article the results of clinical application of reflexotherapy in complex rehabilitation of the patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The opportunities of increase of efficiency of rehabilitation of the patients with COPD and with an accompanying pathology of thorax and vertebral column. The positive influence of reflexotherapy on formation of adaptation reactions of organism and restoration of a functional condition at the patients with COPD.