

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И КОМПЬЮТЕРНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ, ГИПОТИРЕОЗОМ

A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE USE OF ACUPUNCTURE AND COMPUTER REFLEXOTHERAPY FOR THE REHABILITATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC AUTOIMMUNE THYROIDITIS, HYPOTHYROIDISM

*A. Samsonova
A. Levin
N. Gavrilova*

Annotation

Chronic autoimmune thyroiditis, hypothyroidism is a common thyroid disease in women of reproductive age. At present, the pathogenetic treatment of this pathology does not exist. Widely used hormone replacement therapy is only symptomatic orientation and in 43% of cases has a number of side effects. Treatment should be carried out continuously and for life, with a gradual increase in the dose of thyroid hormones. All this leads to the need of finding a new how medication and non-drug methods of rehabilitation treatment of chronic autoimmune thyroiditis, hypothyroidism. Comparative assessment of application of the method of reflexotherapy for the rehabilitative treatment of patients with chronic autoimmune thyroiditis, hypothyroidism showed its high efficiency, which is expressed in early stages of relief of clinical manifestations of the disease, in restoring the hormonal status and reduced activity of autoimmune process in the thyroid gland.

Keywords: chronic autoimmune thyroiditis, hypothyroidism, reflexotherapy, computer reflexotherapy.

Самсонова Алсу Марсовна
Аспирант каф. клинической медицины
"Медицинский университет "РЕАВИЗ"
Минздрава России, Самара
Левин Александр Владимирович
Д.мед.н., доцент, Медицинский
университет "РЕАВИЗ"
Минздрава России, Самара
Гаврилова Наталья Алексеевна
К.м.н., зам. гл. врача по мед. работе
ООО "Клиника компьютерной
рефлексотерапии", Самара

Аннотация

Хронический аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз является одним из распространенных заболеваний щитовидной железы. В настоящее время патогенетической терапии данной патологии не существует. Широко применяемая заместительная гормональная терапия имеет только симптоматическую направленность, лечение препаратами, как правило, проводится непрерывно с постепенным увеличением дозы тиреоидных гормонов и, в 43% случаев, обладает рядом побочных эффектов. Все это приводит к необходимости поиска новых, как медикаментозных, так и немедикаментозных методов восстановительного лечения хронического аутоиммунного тиреоидита, гипотиреоза. Проведенная сравнительная оценка применения метода компьютерной рефлексотерапии в восстановительном лечении пациентов с хроническим аутоиммунным тиреоидитом, гипотиреозом показала, ее высокую эффективность, что выражается в ранних сроках купирования клинических проявлений заболевания, в восстановлении гормонального статуса и состояния гуморального и клеточного звеньев иммунитета.

Ключевые слова:

Хронический аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, рефлексотерапия, компьютерная рефлексотерапия.

Введение

В настоящее время среди тиреоидной патологии ведущее место занимает хронический аутоиммунный тиреоидит (ХАИТ). За последнее время отмечается неуклонный рост данного заболевания. Во всем мире хроническим аутоиммунным тиреоидитом страдают от 3 до 11% взрослого населения. Чаще болеют женщины в возрасте от 25 до 45 лет, но в последнее время данная па-

тология отмечается и в более молодом возрасте [5,6].

Научные достижения последних лет позволили сделать возможным изучение механизмов развития хронического аутоиммунного тиреоидита более глубоким и детальным. В основе патогенеза ХАИТ лежат первичные нарушения иммунорегуляции, возникающие на фоне имеющейся генетической предрасположенности в сочетании с неспецифическим влиянием факторов внешней

среды на иммунную систему [1]. В результате нарушения иммунорегуляции возникает дефицит Т-лимфоцитов – супрессоров, что способствует появлению и выживанию "запрещенного" клона Т-лимфоцитов-киллеров, разрушающих тиреоциты. В следствие их гибели высвобождаются тиреоглобулин и тиреопероксидаза, которые стимулируют выработку В-лимфоцитами антител. Совместно с Т-лимфоцитами-киллерами, эти антитела усиливают агрессивное воздействие на тиреоциты, усугубляя уже имеющиеся структурные нарушения щитовидной железы. Нарушение структуры щитовидной железы неизбежно приводит к нарушению ее функциональной активности. Кроме того, В-лимфоциты, активизированные Т-лимфоцитами-хелперами, вырабатывают антитела к рецепторам ТТГ, которые блокируют рецепторы тиреоцитов. В результате снижается синтез тиреоидных гормонов, что приводит к дальнейшей дисфункции щитовидной железы [2,3].

Неизбежным исходом хронического аутоиммунного тиреоидита является гипотиреоз. Длительный и выраженный дефицит тиреоидных гормонов приводит к различным функциональным нарушениям в центральной нервной системе, сердечно-сосудистой, пищеварительной, репродуктивной систем и способствует развитию таких заболеваний, как – инфаркт миокарда, атеросклероз аорты, аритмии, нарушению репродуктивной функции, неврозам, дислипидемии, нарушениям функции печени. У женщин, страдающих гипотиреозом, чаще рождаются дети с врожденным гипотиреозом, который часто приводит к задержке развития и дифференцировки всех органов и систем, к развитию умственной отсталости, задержке психофизического развития ребенка [12,14].

В следствии всего вышесказанного, хронический аутоиммунный тиреоидит представляет значимую медико-социальную проблему, требующую радикальных мер ее устранения, поэтому лечение хронического аутоиммунного тиреоидита с целью восстановления структуры и функции щитовидной железы, профилактики гипотиреоза остается актуальной в клинической практике [17].

Несмотря на многочисленные работы и исследования в этом направлении, в настоящее время патогенетической терапии хронического аутоиммунного тиреоидита не существует. Как правило, традиционная терапия не способна устранить причину ХАИТ, она лишь снижает интенсивность симптоматических проявлений. В попытке повлиять на аутоиммунные процессы, особенно на гуморальное звено иммунитета, длительное время рекомендовалось назначение кортикостероидов в достаточно высоких дозах. В настоящее время неэффективность их использования при хроническом аутоиммунном тиреоидите четко доказана. Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) является основным методом выбора лечения гипотиреоза [4,13]. Недостатком ЗГТ является отсут-

ствие направленного воздействия на активность и выраженность аутоиммунного процесса, степень деструкции тиреоидной ткани, что приводит к прогрессированию склеротических изменений щитовидной железы. Этим обуславливается необходимость постепенного увеличения дозы тиреоидных гормонов и непрерывного лечения. Даже при достижении компенсации, несмотря на поддержание стойко нормального уровня ТТГ, у 5–10% пациентов с гипотиреозом сохраняются сниженное настроение, повышенные уровни тревожности и депрессии, так же жалобы, характерные для гипотиреоза [15,16,18]. Кроме того, в 43% случаях ЗГТ оказывает побочные эффекты, способствующие развитию инфаркта миокарда, атеросклероза аорты, нарушений сердечного ритма и нарушению репродуктивной функции [7,9], что в свою очередь диктует необходимость поиска новых, как медикаментозных, так и немедикаментозных методов восстановительного лечения хронического аутоиммунного тиреоидита, воздействующих на основные звенья патогенеза данного заболевания, активно и избирательно влияющих на иммунную систему и снижающих частоту и выраженность проявлений побочных эффектов заместительной гормональной терапии.

Одним из таких немедикаментозных перспективных методов восстановительного лечения хронического аутоиммунного тиреоидита, гипотиреоза является метод рефлексотерапии. Рефлексотерапия, обладая иммуномодулирующим эффектом, оказывает целенаправленное воздействия на иммуногенез и иммунокомпетентные органы, тем самым воздействует на основные звенья патогенеза заболевания, позволяет восстановить адаптационные механизмы, в том числе и функцию иммунной системы, что приводит к восстановлению регуляции клеточного и гуморального иммунитета, снижению активности аутоиммунного процесса, что способствует восстановлению структуры и функции щитовидной железы, сохранению функционального потенциала щитовидной железы. Еще в 1994г. И.З. Самосюк и В.П. Лысенюк высказали мнение, что будущее рефлексотерапии заключается в технизации применения средств и методов ее воздействия. Автоматизация общей и акупунктурной диагностики, ее многофакторность и объективность, возможность быстрой проверки результатов лечения и, при необходимости, соответствующей корректировки в сочетании с технической оснащенностью рефлексотерапии поднимут ее на еще более высокую ступень. Всем этим условиям соответствует современная разновидность рефлексотерапии – компьютерная рефлексотерапия (КРТ).

Цель исследования

Провести сравнительный анализ применения методов рефлексотерапии в восстановительном лечении пациентов с хроническим аутоиммунным тиреоидитом, гипотиреозом.

Материал и методы исследования

Основу наших наблюдений составили данные клинического и лабораторно-инструментального обследования 133 пациентов с диагнозом хронический аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, находившихся в 2014–2015 годах на амбулаторном лечении в дневном стационаре в Клинике компьютерной рефлексотерапии г. Самара. Все обследованные нами пациенты поступали на лечение с уже установленным диагнозом в результате ранее проведенного стационарного обследования. Клинико-инструментальное обследование всех пациентов проводилось как при поступлении их Клинику, так и в динамике, в процессе лечения.

Все обследованные лица были женщины в возрасте от 25 до 45 лет (средний возраст $32 \pm 8,5$), с анамнезом заболевания не менее пяти лет и приемом заместительной гормональной терапии ("Л-тироксин" в суточной дозе 50–75 мкг) не менее 3-х лет.

Все пациентки были разделены на 3 группы. После верификации диагноза распределение больных по группам проводилось слепым случайным методом. Рандомизированное контролируемое клиническое исследование проведено на трех группах пациентов, сопоставимых по полу и возрасту, клиническим симптомам. В первую группу вошли 41 пациентка, получавших классическую рефлексотерапию, проводимую на фоне заместительной гормональной терапии. Акупунктура проводилась по отработанным схемам лечения, предложенным И.З. Самосюком, В.П. Лысенюком [2004], в которых использовались следующие корпоральные точки воздействия: TE22, TE17, TE10, TE9, TE5, ST44, ST36, ST34, ST13, SP6, GB34, GB6, GB2, HT7, BL43, SI15, LU2, аурикулярные точки: 45,55,22,37,34 [10]. Вторую группу составили 40 обследованных лиц, которым проводилась компьютерная рефлексотерапия на фоне заместительной гормональной терапии. Составление индивидуального плана лечения и подбор рецептуры акупунктурных точек на каждом сеансе осуществлялся под контролем электропунктурной диагностики по методу И. Накатани. В третью (контрольную) группу вошли 42 пациентки, получавших только традиционную заместительную гормональную терапию. От больных первой и второй групп было получено согласие на проводимое лечение. Критерием включения в группы исследования являлось наличие у пациентов хронического аутоиммунного тиреоидита, гипотиреоза. Критериями исключения являлось наличие узловых образований в щитовидной железе, патология гипофиза, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и нервной систем в стадии декомпенсации.

Обследование пациентов проводили в соответствии со стандартными протоколами диагностики и лечения, принятыми в эндокринологии с включением клинико-ин-

струментальных и лабораторных исследований. Для определения гормонального статуса проводилось обследование уровня свободного тироксина (Т4 свободного), тиреотропного гормона (ТТГ); для определения активности аутоиммунного процесса исследовался уровень титра антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО), к тиреоглобулину (АТ-ТГ). Для оценки состояния клеточного звена иммунитета определялись показатели CD4 и CD8. Контроль значений ТТГ, Т4 свободного проводился через 1 мес после первого курса лечения и через 1 мес после окончания второго курса лечения. Контроль уровня титра антител АТ-ТПО, АТ-ТГ и показателей CD4 и CD8 проводился через 1 мес после окончания второго курса лечения.

Для определения индивидуальной тактики и составления индивидуального плана лечения всем пациентам проводилось ежедневное электропунктурное обследование по методу И. Накатани. Это обследование позволяло выявить акупунктурный профиль данного заболевания, определить функциональные резервы организма и степень напряжения регуляторных механизмов. Акупунктурный профиль при ХАИТ, как правило, характеризуется: гипофункцией меридианов селезенки-поджелудочной железы, мочевого пузыря, что свидетельствует о нарушении функции иммунной системы; гиперфункцией меридиана желчного пузыря, что бывает при высоком титре антител; гипофункцией меридиана желчного пузыря, что свидетельствует о снижении функции щитовидной железы [8]. Уровень функциональных резервов определяется по среднему уровню электропроводности репрезентативных точек, степень напряжения регуляторных механизмов выявляется по дисбалансу акупунктурной системы.

Полученные данные электропунктурной диагностики по методу И. Накатани использовались для составления индивидуального плана лечения пациента. При этом используются следующие группы акупунктурных точек: общерегулирующие (TE5, LI4, LI10, LI11, GB34, ST36), точки воротниковой зоны (LI15, GB21, GB20, SI15, BL11, TE15), сегментарные точки (BL12–13, BL19–21), симптоматические отдаленные точки (GB39, BL40, BL60), симптоматические локальные точки (ST12, ST13, SI16, KI27), "управляющие" точки (SP2, SP3, BL64, BL67, GB41, GB43, LI4, LI11) и аурикулярные точки (55,22,45,37). Воздействие на общерегулирующие и симптоматические отдаленные точки проводилось на каждом сеансе лечения. Симптоматические локальные точки включались в рецептуру при усилении выраженности субъективных ощущений пациента. Для снижения степени напряжения регуляторных механизмов и восстановления синхронной работы регуляторных систем применялись точки воротниковой зоны, чем сильнее выражен дисбаланс в акупунктурной системе, тем больше точек этой группы необходимо включать в рецептуру. При низком уровне функциональных резервов количество то-

чек воротничкой зоны в рецептуре должно быть минимально, а количество общерегулирующих точек максимальным. Для восстановления гуморального звена иммунитета и снижения уровня антител в рецептуру добавлялись сегментарные точки. Для уменьшения дисбаланса в акупунктурной системе, после снижения выраженности симптоматики заболевания, выбирались "управляющие" точки [11].

Применяемый нами метод компьютерной рефлексотерапии представляет собой воздействие на акупунктурные точки (АТ) сверхслабым постоянным электрическим током отрицательной полярности. Время воздействия на каждую точку выбирается с учетом функционального состояния акупунктурной точки. Для этого используется специализированная компьютерная программа, а воздействие на АТ осуществляется с помощью компьютерного прибора "СТЭП" ("Стимулятор электропунктурный компьютерный"), разрешенного к производству и применению в медицинской практике (регистрационное удостоверение № ФСР 2012/13117 от 29.06.2012).

Лечение КРТ проводилось курсами по 15 сеансов, второй курс лечения проводился через 1 мес.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере в среде Windows вариационно-статистическим методом с использованием программы STATISTIKA 6.0. По критерию Стьюдента оценивали значимость отличий средних арифметических в сравниваемых группах при постоянно заданном уровне значимости ($p=0,05$).

Результаты и обсуждение

Оценку результатов восстановительного лечения пациентов с хроническим аутоиммунным тиреоидитом, гипотиреозом проводили по купированию субъективных ощущений у пациентов, а так же по изменению показателей гормонального статуса, степени активности аутоиммунного процесса, показателей клеточного звена иммунитета.

Купирование клинических проявлений заболевания, как правило, наступало в группах пациентов в лечении которых применялись рефлексотерапия и компьютерная рефлексотерапия. В третьей (контрольной) группе существенных изменений в купировании субъективных ощущениях не наблюдалось (табл. 1).

Таблица 1.

Купирование клинических проявлений заболевания пациентов с ХАИТ, гипотиреозом после I курса лечения.

Субъективные ощущения	I группа		II группа		III группа (контрольная)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Ощущение "кома" в горле	21	51,2	31	77,5	4	9,5
Общая слабость, утомляемость	27	65,8	34	85	3	7,1
Раздражительность, плаксивость	32	78,1	37	92,5	5	11,9

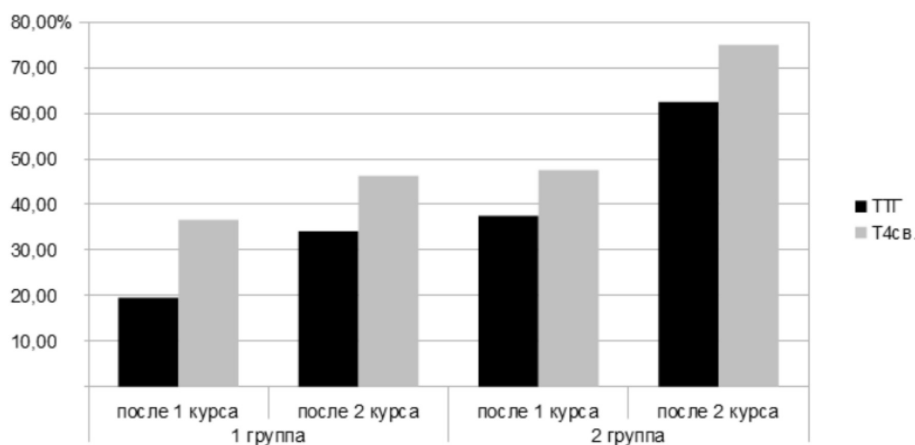


Рисунок 1. Восстановление гормонального статуса у пациентов с ХАИТ, гипотиреозом в зависимости от метода лечения.

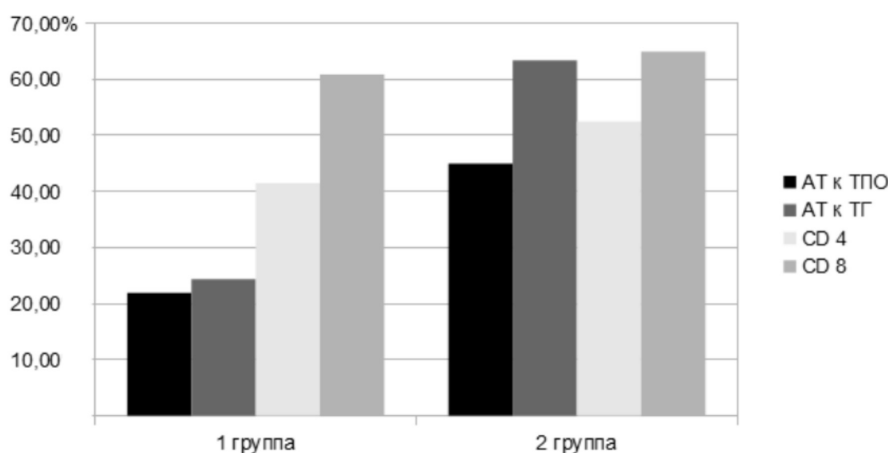


Рисунок 2. Динамика восстановления гуморального и клеточного звеньев иммунитета у пациентов с ХАИТ, гипотиреозом в зависимости от метода лечения.

В процессе лечения отмечается тенденция к снижению ТТГ к нижней границе нормы и повышению Т4 свободного к верхней границе нормы. Снижение уровня ТТГ к нижней границе нормы отмечалось в I группе в 19,5% случаев после первого курса и в 36,6% случаев после второго курса. Во II группе после первого курса лечения снижение уровня ТТГ к нижней границе нормы отмечалось в 37,5% случаев, после второго курса в 62,5% случаев. Повышение значений Т4 свободного к верхней границе нормы в I группе отмечено в 36,6% случаев после первого курса и в 46,3% после второго курса. После первого курса во II группе повышение значений Т4 свободного верхней границе нормы зафиксировано в 47,5%, после второго курса в 75%. Полученные данные позволили нам рекомендовать снизить дозировку применяемой заместительной гормональной терапии (рис.1). В III (контрольной) группе изменений в гормональном статусе не наблюдалось.

Нормализация уровня титра антител к ТПО, после I курса лечения в I группе выявлено у 21,9% больных, во II группе – у 45% больных. Уровень титра антител к тиреоглобулину нормализовался в I группе у 24,4% пациентов, во II группе у 63,4% пациентов. У остальных пациентов отмечается тенденция к снижению титра антител. В III (контрольной) группе значимых изменений уровня антител не выявилось. Нормализация показателей значений CD4 после II курса лечения в I группе выявлено у 41,5% больных, во II группе – у 52,5% пациентов. Показатели значений CD8 нормализовались в I группе у 60,9% пациентов, во II группе у 65% больных. У остальных пациентов отмечается тенденция к снижению показателей CD4 к верхней границе нормы и повышению показателей CD8 к

нижней границе нормы (рис.2). В III (контрольной) группе значимых изменений показателей не выявилось.

Заключение

В результате проведенных исследований нами было доказано, что сочетанное применение компьютерной рефлексотерапии и заместительной гормональной терапии в восстановительном лечении пациентов с хроническим аутоиммунным тиреоидитом, гипотиреозом оказывает более выраженный эффект по сравнению с классической рефлексотерапией, проводимой на фоне заместительной гормональной терапии. При сопоставлении динамики таких показателей, как купирование субъективных ощущений, изменения гормонального статуса уровня титра антител, показателей иммунного статуса следует, что применение метода компьютерной рефлексотерапии на фоне заместительной гормональной терапии характеризуется определенными преимуществами по сравнению с рефлексотерапией в сочетании с заместительной гормональной терапией, что позволяет рекомендовать ее к использованию в восстановительном лечении пациентов с хроническим аутоиммунным тиреоидитом, гипотиреозом. В результате практического применения такого подхода к восстановительному лечению ХАИТ, гипотиреоза, методом компьютерной рефлексотерапии, становится возможным снижение активности аутоиммунного процесса и восстановление состояния клеточного звена иммунитета. Вследствие чего происходит стабильное восстановление функции щитовидной железы. В случае приема пациентом гормональных препаратов, такой подход позволяет рекомендовать снижение дозировки заместительной гормональной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Фундаментальная и клиническая тиреодология (руководство). М. Медицина, 2007 – 815 с.
2. Браверманн Л.И., Болезни щитовидной железы. Пер. с англ. / М.: Медицина, 2000.–417с.
3. Велданова М.В. Уроки тиреоидологии. М.ООО Издательство "Интелтек", 2005. – 542 с.
4. Дедов И.И. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению аутоиммунного тиреозита у взрослых / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Г.А. Герасимов и др. // Проблемы эндокринологии. 2003.–Т.49, №6. –С. 50.
5. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. ГЭОТАР–Медиа, 2008. –427 с.
6. Зефирова Г.С. Заболевания щитовидной железы. М. Медицина, 1999. –215с.
7. Куликова В.В., Дисфункции щитовидной железы у пожилых М. Медицина, 2007. – 108 с.
8. Методические рекомендации МЗ РФ №2002/34 от 12.12.2002 "Электропунктурная диагностика по методу И. Накатани", М.Москва, 2003. – 27 с.
9. Петунина Н.А., Трухина Л.В. Болезни щитовидной железы. Издательство: ГЭОТАР–Медиа, 2011. – 215 с.
10. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура. Энциклопедия. "АСТ–ПРЕСС", 2004. – С.509.
11. Тарасова Н.В., Гаврилова Н.А., Левин А.В., Резаев К.А. Микроотоковая рефлексотерапия в восстановительной коррекции хронического аутоиммунного тиреозита, Самара, 2011. – 47 с.
12. Трошина Е.А., Александрова Г.Ф., Абдулхабирова Ф.М., Мазурина Н.В. Синдром гипотиреоза в практике интерниста: Методическое руководство для врачей. М. Медицина, 2002. – 42с.
13. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Гипотиреоз (руководство для врачей). – М.: "РКИ Северо пресс", 2002. – С.147 – 171.
14. Фадеев В.В., Лесникова С.В. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы и беременность. Проблемы эндокринологии, 2003.–№2. – С. 23–31.
15. Canaris GJ, Manowitz NR, Mayor G The colorado thyroid disease prevalence study. Arch Intern Med. 2000; 160(4): 526. doi: 10.1001/archinte.160.4.526.
16. Diez JJ. Hypothyroidism in patients older than 55 years: An analysis of the etiology and assessment of the effectiveness of therapy. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002; 57(5): M315–M320. doi: 10.1093/gerona/57.5.M315.
17. Gartner R. Hashimoto thyreoiditis // MMW Fortschr Med. 2009.Vol. 5, N 6. P. 45.
18. Samuels MH, Schuff KG, Carlson NE, et al. Health status, psychological symptoms, mood, and cognition in l–thyroxine–treated hypothyroid subjects. Thyroid. 2007; 17(3): 249–258. doi: 10.1089/thy.2006.0252

© А.М. Самсонова, А.В. Левин, Н.А. Гаврилова, (samsonowa.alsu@yandex.ru), Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики».

