

Индивидуализированное лечение отека костного мозга коленного сустава с помощью классической гомеопатии: отчет о двух клинических случаях

Dionysis Tsintzas¹, Seema Mahesh² and George Vithoukas^{3,4}

¹Amfilochia Rehabilitation Center, General Hospital of Aitolokarnania, Agrinion, Greece. ²Centre for Classical Homeopathy, Bangalore, India. ³University of the Aegean, Lesbos, Greece. ⁴International Academy of Classical Homeopathy Alonissos, Northern Sporades, Greece.

Clinical Medicine Insights: Case Reports
Volume 13: 1–5
© The Author(s) 2020 Article reuse
guidelines: [sagepub.com/journals-
permissions](https://sagepub.com/journals-permissions) DOI:
10.1177/1179547620904896



АННОТАЦИЯ

Вводная информация: Участки отека костного мозга вокруг колена часто обнаруживаются при магнитно-резонансной томографии. Они составляют центральный компонент широкого спектра воспалительных и невоспалительных состояний, поражающих коленный сустав. Эти поражения не только являются серьезным источником боли, но также связаны со многими патологиями опорно-двигательного аппарата.

Отчет о клиническом случае: Мы описываем 2 случая отека костного мозга коленного сустава, пролеченного с помощью классической гомеопатии. В обоих случаях было выбрано гомеопатическое средство *Arnica montana*.

Заключение: Результаты лечения многообещающие, и побуждают к дальнейшим исследованиям в этой области.

Ключевые слова: *Арника*, костный мозг, гомеопатия, колено, отек

ПОЛУЧЕНО: 4 декабря 2019г. ПРИНЯТО: 6 декабря 2019г.

Тип: отчет о клиническом случае

Финансирование: Автор(ы) не получил(и) никакой финансовой поддержки для исследования, авторства и/или публикации данной статьи.

Заявление о конфликте интересов: Автор(ы) заявил(и) об отсутствии потенциальных конфликтов интересов в отношении исследования, авторства и/или публикации данной статьи.

НАПИСАТЬ АВТОРАМ: Dionysis Tsintzas, Paliouli Amfilochias, 30500 Amfilochia, Greece. Email: dentsin@hotmail.com

Введение

Уилсон и соавторы ввели термин «отек костного мозга» (ОКМ) для описания плохо выраженной гиперинтенсивности костного мозга на T2-взвешенных магнитно-резонансных изображениях (T2-время поперечной релаксации) у пациентов, страдающих от болей в коленях и бедрах. Конкретный термин был использован из-за «отсутствия лучшего термина и для того, чтобы подчеркнуть общий характер болезненного состояния».

Причина первичного отека костей до сих пор не ясна. Возможно, локальный ишемический эпизод различной этиологии инициирует цепочку событий, приводящих к этой специфической патологии кости.²

Гипотетический этиологический путь заболевания может включать: (1) повреждение костей (сосудистое, травматическое, воспалительное, метаболическое), (2) нарушение костной ткани (повышенный обмен, повышенное внутрикостное давление, стрессовые микропереломы), (3) ОКМ (повышение внутрикостного давления — компартмент-синдром) и (4) репаративные механизмы (достаточные: медленное разрешение — недостаточные: некроз кости).^{3,4}

Боль является преобладающим симптомом данной патологии. Боль обусловлена повышением внутрикостного давления (нормальное давление 20-30 мм рт. ст.) из-за аномально высокого содержания жидкости в костномозговых пространствах.⁵ Характерна боль при механической нагрузке, сочетающаяся с более или менее выраженными жалобами в ночное время. Также характерна боль в пораженной области при постукивании по ней.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) является золотым стандартом диагностики ОКМ. Характерным признаком является изменение сигнала костного мозга с высоким сигналом на T2 и STIR (короткое инверсионное восстановление T1) с низким сигналом T1 (время продольной релаксации) или без него. Эти результаты магнитного резонанса могут указывать на гистологически истинный отек, но могут также соответствовать некрозу губчатой кости, образованию кист, фиброзу и фрагментации хряща.⁶



Дифференциальный диагноз включает несколько патологий: травматические ушибы, переломы, костные кисты, инфильтрация костного мозга, поражения развития хряща, субхондральные переломы недостаточности и, конечно же, истинный остеонекроз.⁶ Лечение ОКМ будет определяться в зависимости от причины и размера области некроза кости. Остеонекротические участки, занимающие от 40% до 50% мыщелка (бедренного или большеберцового) или поражение площадью более 5 см², обычно приводят к коллапсу, требующему артропластики коленного сустава.⁷ С другой стороны, поражения среднего размера (3,5–5 см²) могут регрессировать или могут не регрессировать, тогда как меньшие поражения (<3,5 см²), скорее всего, регрессируют при консервативном лечении.⁸

Консервативное лечение включает прием анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), ограничение нагрузок на срок от 3 до 8 месяцев, а также физиотерапию в зависимости от симптомов пациентов и рентгенологических данных. Терапия импульсными электромагнитными полями, по-видимому, дает многообещающие результаты в уменьшении боли и площади некроза через 6 месяцев.⁹ Простациклин и бисфосфонаты — два препарата, которые используются при лечении ОКМ. Они имеют разные пути действия и, следовательно, могут оказывать параллельные положительные эффекты.⁹

Хирургическое лечение, предназначенное для поздних стадий, включает простое сверление, стабилизацию фрагмента, выскабливание в сочетании со сверлением и, наконец, костно-хрящевую трансплантацию или трансплантацию хондроцитов.⁵

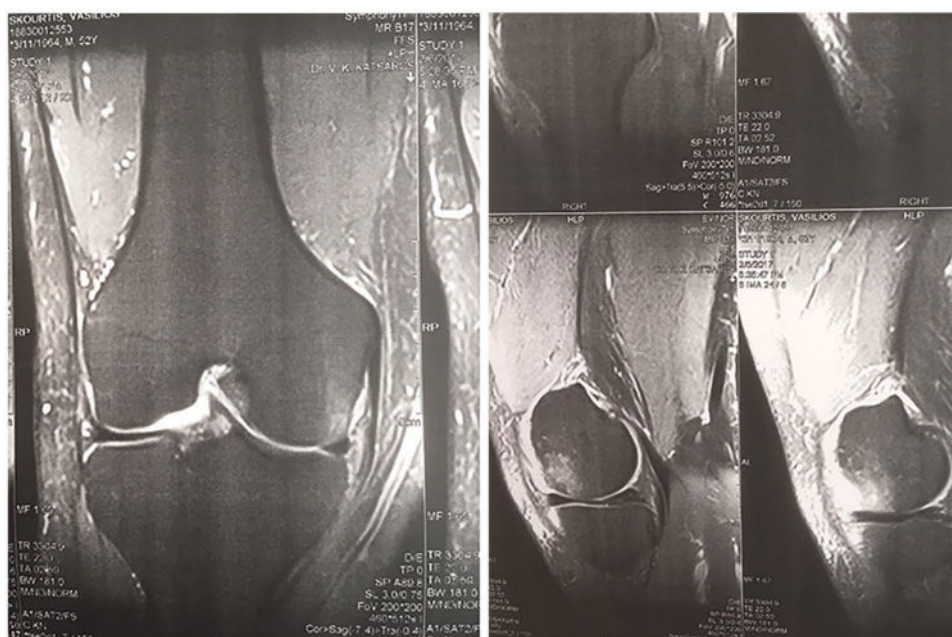


Рис. 1. МРТ первого пациента на первой консультации.

Гомеопатия, «энергетическая медицина», — это отрасль медицинской науки, основанная на том принципе, что болезнь можно вылечить путем укрепления защитного механизма организма с помощью веществ, подобранных с учетом их дающих энергию свойств. Гомеопатия, основанная в XIX веке доктором Самуилом Ганеманом, происходит от греческих слов «гомео» и «пафос», что означает «подобное страдание».¹⁰

Насколько нам известно, это первая опубликованная серия клинических случаев, описывающая лечение ОКМ колена с помощью классической гомеопатии.

Случай No. 1

Пациент - мужчина 55 лет, обратился в клинику с жалобами на боль и отек правого колена в течение последних 3 месяцев. Он был очень активным, работал учителем традиционных греческих танцев и смог вспомнить, как некоторое время назад получил скручивающую травму правого колена. Коленный сустав был опухший, болезненный при полном сгибании и особенно при постукивании по медиальной мыщелку бедренной кости. Он ходил, слегка прихрамывая, и с трудом мог бегать или танцевать.

МРТ выявила разрыв заднего рога медиального мениска 2–3 степени, а также обширный ОКМ передней части медиального мыщелка бедренной кости, занимающую 40% мыщелка бедренной кости (рис. 1). Пациенту было предложено пройти артроскопию, в первую очередь для лечения травмы мениска, но он отказался. Консервативное лечение, предложенное пациенту, включало частичное ограничение нагрузки в течение как минимум 8 недель, а также физиотерапию и НПВП. Пациент страдал хронической гипертонией, поэтому противовоспалительные препараты были исключены, и он не хотел отказываться от преподавания танцев даже на несколько недель.

Схема лечения, на которой мы сошлись, включала физиотерапию и классическую гомеопатию. Пациенту проводилось 2 сеанса физиотерапии в неделю с целью сохранить диапазон движения коленного сустава вместе с целостностью четырехглавой мышцы бедра. Реперторизация случая была проведена с использованием программного обеспечения Vithoulkas Compass 2.3. Было подобрано средство - *Арника Монтана*. Пациент был относительно здоров и относился согласно Витулкасу к группе В по шкале Уровней здоровья.11. Поэтому была назначена потенция 200СН, первоначально была дана 1 капсула, а последующие дозы - в соответствии с симптомами в период отслеживания (ему потребовалось еще 4 дозы средства).

В течение следующих двух месяцев наблюдалось медленное, но стойкое улучшение симптоматики пациента, хотя колено почти не отдыхало. Через 3 месяца он избавился от боли и вернулся к своей прежней деятельности без каких-либо ограничений. Через пять месяцев после первого МРТ пациент сделал повторный снимок. Новое сканирование показало, что ОКМ медиального мыщелка бедренной кости полностью прошел, тогда как повреждение мениска все еще присутствовало и не изменилось (рис. 2). Мы были очень довольны результатом в этом случае и выписали пациента из-под нашего наблюдения.

Случай No. 2

Вторым пациентом была 56-летняя владелица супермаркета, которая страдала от сильной боли в левом колене в течение как минимум последних 3 месяцев. Травм в анамнезе не было, и симптомы неуклонно ухудшались. При поступлении в клинику больная сильно хромала. Наблюдался явный отек левого коленного сустава, сгибание в суставе было ограничено до 60°. При постукивании по латеральному мыщелку бедра отмечалась сильная боль, а также она жаловалась на сильную боль по ночам.

МРТ коленного сустава показала обширный ОКМ латерального мыщелка бедренной кости, занимающий почти весь мыщелок, с зоной остеонекроза на его латеральной стороне. На латеральном мыщелке большеберцовой кости МРТ также показала начальные признаки ОКМ (рис. 3).

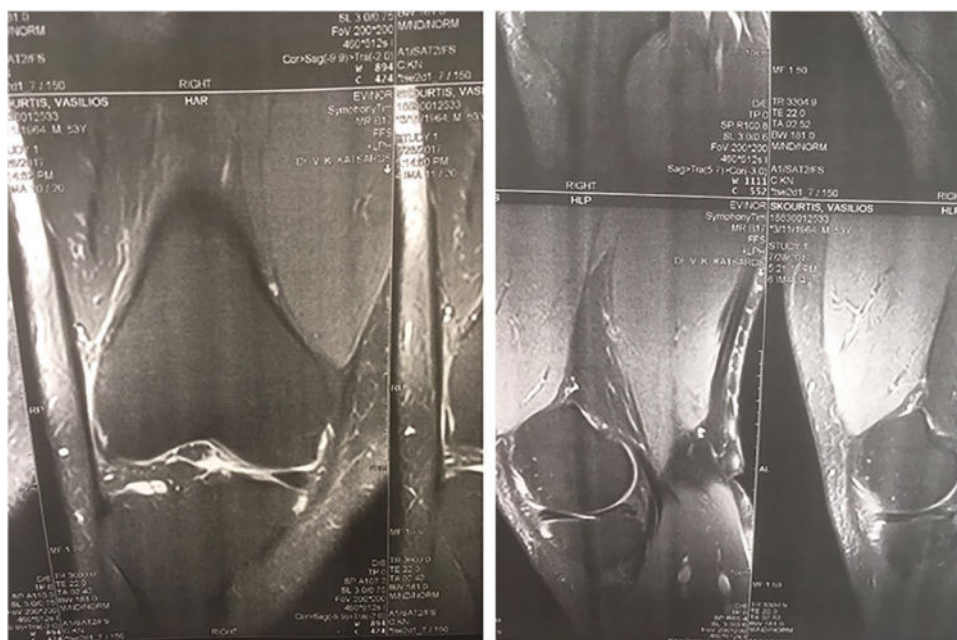


Рис 2. Пять месяцев после лечения.



Рис 3. МРТ второго пациента на первой консультации.

На основании вышеизложенных клинических и рентгенологических данных было целесообразно хирургическое лечение, что и было предложено пациентке 5,7. Пациентка отказалась продолжить лечение таким способом, поэтому нам пришлось предложить ей консервативное лечение, состоящее из ограничения нагрузки и физиотерапии. Из-за пептической язвы с кровотечением в анамнезе она не могла применять лечение НПВП или бисфосфонатами. Помня об успешном лечении первого пациента, мы предложили классическую гомеопатию, и она с готовностью решила ее применять. *Arnica montana* была подобрана после реперторизации случая. Изначально была выбрана потенция 200СН, затем следовали ежедневные дозы 30СН.

Пациентка не следовала предложенному ей ограничению в нагрузках, заявив, что она не могла воздерживаться от работы в супермаркете, а вместо этого использовала легкий коленный бандаж. В течение следующих 3 месяцев она проходила физиотерапевтическое лечение наряду с гомеопатическим лечением, время от времени используя простые анальгетики (парацетамол). Ее клиническое состояние медленно улучшалось.

Через три месяца после первоначального МРТ мы сделали очередное сканирование (рис. 4). ОКМ мышелка бедренной кости ухудшилось, охватив весь латеральный мышелок бедренной кости, а также латеральную часть медиального мышелка бедренной кости, тогда как зона остеонекроза латерального мышелка бедренной кости увеличилась в размерах. С другой стороны, ОКМ латерального мышелка большеберцовой кости полностью исчезла. Общая клиническая картина пациента с точки зрения боли и подвижности была лучше. На основании этих данных мы настоятельно рекомендовали оперативное лечение.

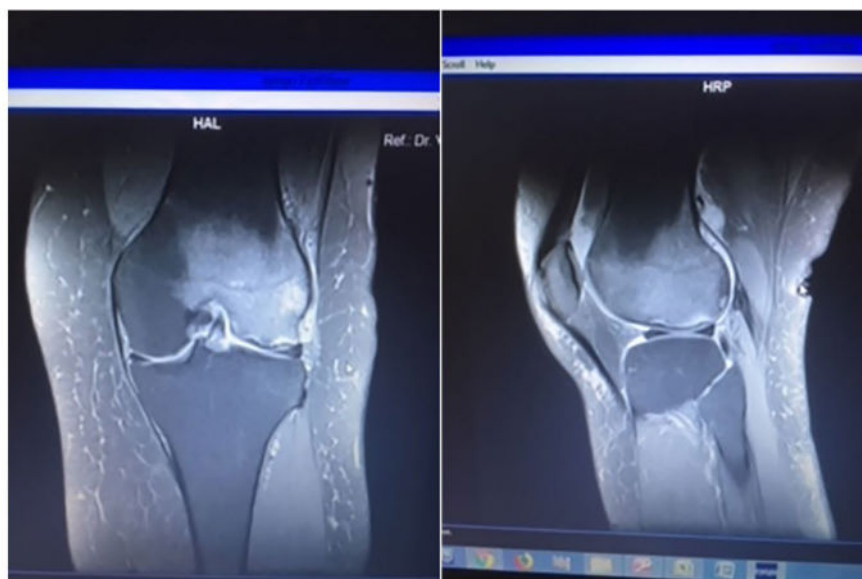


Рис.4. Через три месяца после лечения.

Пациентке была выполнена артроскопия со сверлением мыщелков бедренной и большеберцовой кости. Во время операции, в отличие от ощущения сильного размягчения мыщелка бедренной кости, мыщелок большеберцовой кости во время процедуры сверления ощущался определенно твердым. Послеоперационное лечение включало отсутствие нагрузки в течение 1 месяца с последующей частичной нагрузкой в течение еще одного месяца. Следующая МРТ планируется через 6 месяцев после операции.

Дискуссия

После внедрения МРТ в клиническую практику поражения костного мозга стали центральным компонентом многих различных воспалительных и невоспалительных заболеваний, поражающих опорно-двигательный аппарат. Эриксен¹² предложил комплексную систему причин этих поражений: (1) травма: перелом, локальный транзиторный остеопороз, костно-хрящевые травмы; (2) дегенеративные поражения: остеоартрит; (3) воспалительные поражения: воспалительные артропатии и энтезиты; (4) ишемические поражения: аваскулярный некроз, хронический регионарный болевой синдром, серповидно-клеточная анемия; (5) инфекционные поражения: остеомиелит; (6) метаболические/эндокринные поражения: болезнь отложения гидроксиапатита, подагра; (7) ятрогенные поражения: хирургическое вмешательство, лучевая терапия, иммунодепрессанты (глюкокортикоиды, циклоспорин), цитостатики. Хотя наш первый пациент, по-видимому, принадлежит к категории травм, мы не смогли найти определенную причину для второго, более серьезного из наших случаев.

Полное ограничение нагрузки или частичное ограничение нагрузки, по-видимому, является золотым стандартом лечения этого состояния.⁵ Сообщается, что физиотерапия вместе с экстракорпоральной ударно-

волновой терапией обеспечивает значительное облегчение боли и улучшение функциональных возможностей.

Опции фармакотерапии включают использование бисфосфонатов, производных простагландинов и ингибиторов фактора некроза опухоли (TNF).¹²

Оба наших пациента не соблюдали рекомендованное ограничение нагрузки в течение как минимум 8 недель, заявив, что они были обязаны продолжать свою повседневную трудовую деятельность. Учитывая положительные результаты лечения различных патологий опорно-двигательного аппарата с помощью классической гомеопатии, мы предложили им этот вариант лечения.

Бринкхаус и соавторы.¹³ сообщили, что *A. montana* у пациентов, перенесших операцию на колене, имела тенденцию к меньшему постоперационному отеку по сравнению с пациентами, получавшими плацебо. Твейтен и Брюсет¹⁴ сообщили, что *A. montana* в потенции D30 оказывает положительное влияние на болезненность мышц, но не на повреждение клеток, измеряемое ферментами. Совсем недавно Саркар и соавторы¹⁵ сообщили, что гомеопатическое средство *Guaiacum officinale* обладает противоревматической и антиоксидантной активностью на экспериментальной модели животных, и эта активность может быть более значительной при более высоких потенциях. С другой стороны, Коли и соавторы¹⁶ в двойном слепом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании оценивали индивидуализированную гомеопатию в лечении боли при остеоартрите коленного сустава (с использованием различных гомеопатических препаратов — *Bryonia alba*, *Rhus toxicodendron*, *Calcarea Carbonica*, *A. montana*, и *Natrum muriaticum*), и не обнаружили статистически значимых различий, оправдывающих превосходство гомеопатического лечения по сравнению с плацебо.

Арника монтана – широко используемое терапевтическое растение, традиционно используемое для лечения различных патологических состояний. Оно обладает значительной противовоспалительной, антиостеоартритной, антиостеопоротической и антигеморрагической активностью, проявляет значительный антиоксидантный и защитный эффект, улучшает кровообращение, а также обладает болеутоляющими свойствами.¹⁷ Гомеопатический препарат А Монтана по данным Витулкаса показан, когда:

часть тела ушиблена, с ощущением болезненности. . . Это может быть вызвано травмой, но также и другими причинами, такими как перенапряжение органа, напряжение, а также острое состояние.¹⁸

Первый случай показал отличный результат, как клинический, так и радиологический. Получив фактически только гомеопатическое лечение, и практически без ограничения нагрузки, пациент избавился от боли через 4 месяца, тогда как МРТ через 5 месяцев после первого гомеопатического назначения показала, что ОКМ мышелка бедренной кости исчез почти полностью (рис. 2).

Второй случай, конечно, был другой. При первом осмотре в клинике пациентке было предложено хирургическое лечение, так как ОКМ мышелка бедренной кости был обширный, и уже имелся остеонекроз мышелка. Тем не менее, пациентка решила выбрать гомеопатическое лечение с минимальным ограничением нагрузки. Вторая МРТ, спустя 3 месяца после первого, показала, что поражения мышелков бедренной кости ухудшаются, но интересно, что поражения мышелков большеберцовой кости, очевидные при первом сканировании, почти исчезли (рис. 4). Остеонекроз мышелка бедренной кости, будучи необратимым повреждением органа, представляет собой очень трудное физическое препятствие, которое практически невозможно вылечить классической гомеопатией. Таким образом, по сути, мы не рассматриваем этот случай как неудачу в гомеопатическом лечении, поскольку мышелок большеберцовой кости был сохранен, и фактически сам сустав также был сохранен, поскольку некроз латерального мышелка большеберцовой кости означал бы, что пациентке, скорее всего, потребовалось бы тотальное эндопротезирование коленного сустава.

Выводы

Наш опыт двух вышеупомянутых случаев показывает, что индивидуализированное лечение с помощью классической гомеопатии определенно имеет место в лечении распространенного, но трудно поддающегося лечению состояния ОКМ коленного сустава. Чтобы доказать эффективность этого терапевтического метода, необходимы исследования с большим количеством случаев.

Примечание от автора

Работа была проделана в Международном центре классической гомеопатии, Алониссос, Греция.


Вклад авторов


Доктор Дионис Цинцас — ведущий врач, предоставивший информацию о случае. Доктор Сима Махеш редактировала статью. Статья была написана под руководством Джорджа Витулкаса.

Согласие на публикацию

Пациенты дали согласие на использование подробностей их случаев и снимков для публикации.

ORCID iDs

Dionysis Tsintzas  <https://orcid.org/0000-0002-0715-4438>

Seema Mahesh  <https://orcid.org/0000-0002-4765-5595>

Список литературы

1. Wilson AJ, Murphy DA, Hardy DC, Totty WG. Transient osteoporosis: transient bone marrow oedema? *Radiology*. 1989;171:135-140.
2. Patel S. Primary bone marrow oedema syndromes. *Rheumatology (Oxford)*. 2014;53:785-792.
3. Trevisan C, Orolani S, Monteleone M, Marinoni EC. Regional migratory osteoporosis: a pathogenic hypothesis based on three cases and a review of the literature. *Clin Rheumatol*. 2002;21:418-425.
4. Elder GJ. From marrow oedema to osteonecrosis: common paths in the development of post-transplant bone pain. *Nephrology (Carlton)*. 2006;11:560-567.
5. Hofmann S, Kramer J, Vakil-Adli A, Aigner N, Breitenseher M. Painful bone marrow edema of the knee: differential diagnosis and therapeutic concepts. *Orthop Clin North Am*. 2004;35:321-333, ix.
6. Kon E, Ronga M, Filardo G, et al. Bone marrow lesions and subchondral bone pathology of the knee. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2016;24:1797-1814.
7. Mont MA, Marker DR, Zywielski MG, Carrino JA. Osteonecrosis of the knee and related conditions. *J Am Acad Orthop Surg*. 2011;19:482-494.
8. Karim AR, Cherian JJ, Jauregui JJ, Pierce T, Mont MA. Osteonecrosis of the knee: review. *Ann Transl Med*. 2015;3:6.
9. Marchegiani Muccioli GM, Grassi A, Setti S, et al. Conservative treatment of spontaneous osteonecrosis of the knee in the early stages: pulsed electromagnetic fields therapy. *Eur J Radiol*. 2013;82:530-537.
10. Vithoulkas G. *The Science of Homeopathy*. 6th ed. Alonnisos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2012.
11. Vithoulkas G. *Levels of Health. The Second Volume of the Science of Homeopathy*. Alonnisos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2017.
12. Eriksen EF. Treatment of bone marrow lesions (bone marrow edema). *Bonekey Rep*. 2015;4:755.
13. Brinkhaus B, Wilkens JM, Ludtke R, et al. Homeopathic arnica therapy in patients receiving knee surgery: results of three randomized double-blind trials. *Complement Ther Med*. 2006;14:237-246.
14. Tveiten D, Brusset S. Effect of Arnica D30 in marathon runners. Pooled results from two double-blind placebo-controlled studies. *Homeopathy*. 2003;92:187-189.
15. Sarkar A, Datta P, Das AK, Gomes A. Anti-rheumatoid and anti-oxidant activity of homeopathic Guaiacum officinale in an animal model. *Homeopathy*. 2014;103:133-138.
16. Koley M, Saha S, Ghosh S. A double-blind randomized placebo-controlled feasibility study evaluating individualized homeopathy in managing pain of knee osteoarthritis. *J Evid Based Complement Altern Med*. 2015;20:186-191.
17. Kriplani P, Guarve K, Baghael U. *Arnica Montana L.*—a plant of healing: review. *J Pharm Pharmacol*. 2017;69:925-945.
18. Vithoulkas G. *Materia Medica Viva*, vol. 3. Alonnisos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2006.