

Л.С. Бабінець, д.м.н., професор, Ю.Я. Коцаба, кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Реабілітація хворих на хронічний панкреатит за допомогою динамічної електронейростимуляції

За кількістю звернень до закладів охорони здоров'я хвороби шлунково-кишкового тракту посідають друге місце після серцево-судинної патології (Петречук Л.М., Скирда І.Ю., 2005). Значної соціально-економічної значущості цій проблемі надають велика кількість осіб працездатного віку, схильність захворювань до хронізації перебігу з частими рецидивами та ускладненнями, які потребують оперативного лікування (Філіппов Ю.О., Скирда І.Ю., 2005). Патологія підшлункової залози має особливе місце серед хвороб органів травлення (Синяченко О.В., Губергріц Н.Б., 2003; Vorman P.C., Marks I.N., 2003). За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2003 році поширеність захворювань підшлункової залози становила 1505,3 на 100 тис. населення, що на 97,2% перевищило показник 1997 року. Також спостерігалася тенденція до зростання захворюваності на хронічний панкреатит (ХП), темп приросту якої становив 70% – 169,8 у 2003 році проти 99,9 у 1997-му (Філіппов Ю.О., Скирда І.Ю., 2005).

У світі також відзначають за останні 30 років двократне зростання числа хворих на гострий і хронічний ХП. Інвалідизація таких хворих сягає 15% [6].

Використання загальноприйнятого комплексу лікування хворих на ХП, сформованого згідно з останніми рекомендаціями МОЗ України, реалізує алопатичний підхід до лікування «хвороба – лікуючий фактор». Тривалий, часто пожиттєвий прийом різних медикаментів змушує хворих звертатись до альтернативних методів лікування [1].

На основі багатовікового досвіду східної медицини, акупунктури, рефлексотерапії та сучасних наукових досліджень отримав розвиток новий метод лікування – динамічна електронейростимуляція (ДЕНС), поширення якого стало можливим завдяки розробці рядом виробників автономних портативних ДЕНС-апаратів. ДЕНС – це метод немедикаментозного лікування, заснований на впливі на активні рефлекторні зони і точки динамічними імпульсами електричного струму, форма яких постійно змінюється і залежить від величини електричного опору поверхні шкіри на піделектродній ділянці. При цьому позитивний ефект полягає не тільки у вигляді ліквідації болю, а й у дії на причину захворювання [5].

В основу ДЕНС-терапії лягли сучасні уявлення про те, що організм є складною саморегулюючою системою і при необхідності може сам виробляти необхідні для відновлення біологічно активні речовини.

Численні дослідження свідчать, що в основі дії ДЕНС лежать багаторівневі рефлекторні і нейрохімічні реакції, що запускають каскад регуляторних і адаптаційних механізмів організму.

Апарати, призначені для ДЕНС-терапії, виробляють слабкі електричні імпульси, що повторюють за своїми характеристиками нервові імпульси людини, тому вони сприймаються організмом як свої власні сигнали, що відновлюють порушені зв'язки між системами регуляції організму і різними органами і тканинами [4, 7].

Метою нашого дослідження було дослідити динаміку клінічних проявів у хворих на ХП під впливом комплексного лікування із включенням курсу ДЕНС-терапії.

Матеріали і методи

Об'єктом дослідження були 27 пацієнтів на ХП, які лікувались в денному стаціонарі та гастроентерологічному відділенні Тернопільської міської лікарні № 2. Вік хворих – від 18 до 69 років. Серед них було 13 жінок і 14 чоловіків. Верифікацію діагнозу проводили згідно з робочою класифікацією ХП, запропонованою Я.С. Цімерманом з доповненнями Н.Б. Губергріц.

Хворих було поділено на дві групи: перша (15 осіб) отримувала загальноприйнятну схему лікування. Вона включала застосування регуляторів моторики органів травлення – спазмолітиків (дротаверин 0,04 г по 2 табл. 2 рази на добу) і/або прокінетиків (домперидон 0,01 г по 1 табл. 3 рази на добу), блокаторів H₂-гістамінових рецепторів (фамотидин 0,02 г увечері) і/або інгібіторів протонної помпи (пантопразол 0,04 г вранці) і ферментів (25 000 ліпази по 1 капс. тричі на день).

Друга група (12 осіб) отримувала в комплексі до загальноприйнятої схеми курсу ДЕНС-терапії, що включав 12-14 сеансів за запропонованою схемою. Лікування проводили ДЕНС-апаратом, використовуючи вбудований терапевтичний електрод. Оброблялись такі ділянки: зона прямої проекції болювих відчуттів (індивідуально у кожного хворого) та прямої проекції підшлункової залози (епігастральна ділянка) на частоті 77 Гц, зона сегментарного кільця на рівні 6-8 грудних сегментів на частоті 60 Гц 3-5 разів замикаючи коло, попереково-крижова зона на частоті 20 Гц. Вплив проводився лабільним методом у режимі «терапія» в комфортному енергетичному діапазоні ЕД-2 по 5 хв на кожній ділянці [3].

Результати та обговорення

У ході клінічного обстеження у пацієнтів спостерігали такі провідні синдроми: болювий, астеноневротичний, диспепсичний, анемічний, алергічний, гіповітамінози та стеаторея (за відсотком наявності у обстежуваних хворих).

Таблиця. Динаміка клінічних синдромів під впливом різних схем лікування

Синдром	Перша група (n=15)		Друга група (n=12)	
	До лікування, n (%)	Після лікування, n (%)	До лікування, n (%)	Після лікування, n (%)
Болювий	12 (80,0)	7 (46,7)*	10 (83,3)	3 (25)**
Астеноневротичний	11 (73,3)	7 (46,7)*	11 (91,7)	4 (33,3)**
Диспепсичний	13 (86,7)	6 (40)*	12 (100)	3 (25)**
Анемічний	9 (60)	7 (46,7)*	8 (66,7)	5 (41,7)*
Алергічний	9 (60)	5 (33,3)*	9 (75)	3 (25)*
Гіповітамінози	12 (80)	9 (60)*	10 (83,3)	7 (58,3)*
Стеаторея	10 (66,7)	6 (40)*	9 (75)	4 (33,3)*

* Достовірно відносно даних у своїй групі до лікування (p<0,05).

** Достовірно відносно даних у першій групі після лікування (p<0,05).



Л.С. Бабінець

Після проведеного лікування було виявлено, що позитивна динаміка спостерігалася в обох групах (табл.). Але у пацієнтів, які отримали додатково курсу ДЕНС-терапії, значно зменшилися болюві відчуття – з 10 (83,3%) до 3 (25,0%), диспепсичні явища – з 12 (100,0%) до 3 (25,0%), астеноневротичні прояви – з 11 (91,7%) до 4 (33,3%). Дані другої групи після лікування були статистично достовірними стосовно таких у першій групі (p<0,05 за параметрами болювих відчуттів, диспепсичних явищ, астеноневротичних проявів).

Висновки

Використання курсу апаратної рефлексотерапії, що включає 12-14 сеансів ДЕНС, за запропонованою авторами методикою в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на ХП є доцільним для покращення клінічних показників (у середньому з 82,1 до 35,7% проти показників у першій групі в середньому з 72,4 до 42,9%, p<0,05).

У перспективі подальших досліджень вважаємо за доцільне дослідити вплив комплексних програм лікування із включенням курсу ДЕНС-терапії на параметри трофологічного статусу та імунологічні показники у хворих на ХП.

Література

1. Бабінець Л.С. Переваги поєднаного використання рефлексотерапії та гомеопатії в комплексному лікуванні хворих на хронічний панкреатит // Архів клініч. мед. – 2005. – №2 (8). – С. 42-44.
2. Губергріц Н.Б., Колкіна В.Я. Новые возможности реабилитации больных хроническим рецидивирующим панкреатитом // Биол. медицина. – 2003. – № 1. – С. 19-24.
3. ДиаДЭНС. Руководство по динамической электро-нейростимуляции аппаратами ДиаДЭНС-Т и ДиаДЭНС-ДТ / Под ред. д.м.н. В.В. Чернышева. – Екатеринбург: ООО «РЦ АРТ», 2005. – 283 с.
4. ДиаДЭНС-ПК лечебно-диагностический комплекс. Руководство по эксплуатации. – Екатеринбург: ООО «РЦ АРТ», 2010. – 84 с.
5. Здыбский В.И. Лабиринты рефлексотерапии (150 вопросов начинающим свой путь). Монография. – Изд. 2-е, перер. и доп. – Харьков: СПДФЛ Мосякин В.Н., 2005. – 316 с.
6. Калинин А.В. Хронический панкреатит: распространенность, этиология, патогенез, классификация и клиническая характеристика этиологических форм (сообщение первое) / А.В. Калинин // Клини. перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2006. – №6. – С. 5-15.
7. Универсальный регистр ДЭНС-терапии / В.В. Чернышев, В.В. Малахов, А.Ю. Рязкин, С.Ю. Рязкин. – Екатеринбург: 2003. – 165 с: табл. 5, рис. 72.

Новости

Новые перспективы лечения вирусного гепатита С генотипа 1 без препаратов интерферона и рибавирина

В скором времени в США ожидается регистрация новой схемы противовирусной терапии хронического вирусного гепатита С для пациентов, инфицированных вирусом генотипа 1, самого устойчивого к существующим режимам лечения. Традиционная двойная схема терапии включает препараты интерферона, который вызывает плохо переносимые побочные эффекты, и рибавирина, частым побочным эффектом которого является анемия. Плохая переносимость терапии снижает комплаенс и может потребовать коррекции доз, что в свою очередь отрицательно сказывается на возможности достижения

стойкого вирусологического ответа. Новая схема терапии включает три противовирусных препарата прямого действия – даклатасвир (ингибитор репликационного комплекса NS5A), асунапревир (ингибитор протеазы NS3) и субстанцию BMS-791325 (нуклеозидный ингибитор NS5B).

В открытом исследовании IIA фазы 66 ранее не леченных пациентов без цирроза рандомизировали для получения 12- или 24-недельной терапии даклатасвиром в дозе 60 мг/сут, асунапревиром в дозе 200 мг 2 раза в сутки и BMS-791325 в дозе 75 или 150 мг 2 раза в сутки. Первичной конечной точкой служил стойкий вирусологический ответ (отсутствие РНК вируса в плазме крови по результатам полимеразной цепной реакции) на 12-й неделе после завершения курса лечения (СВР12).

В результате проведенного лечения СВР12 был зафиксирован у 61 из 66 пациентов (92%). Результаты лечения достоверно не различались у пациентов, инфицированных HCV субгенотипов 1a и 1b (94 и 88% достижения СВР12 соответственно), при статусе гена IL28B CC и не CC (100 и 89%), при использовании дозы 75 или 150 мг BMS-791325 (94 и 91%), а также не зависели от длительности терапии (94% после курса 12 нед и 91% после курса 24 нед). В ходе лечения у двоих пациентов наблюдался вирусологический прорыв, у одного пациента – рецидив инфекции. Побочные эффекты, приводящие к отмене препаратов, не отмечены.

Результаты этого небольшого исследования приближают внедрение в клиническую практику

эффективных альтернативных схем лечения HCV-инфекции на основе только противовирусных агентов прямого действия с лучшими, чем у традиционных препаратов, профилями безопасности и переносимости. В ближайшее время тройная схема терапии даклатасвир + асунапревир + BMS-791325 будет изучаться в следующих фазах клинических исследований с большей выборкой, включая больных с циррозом печени и пациентов, у которых оказалась неэффективной предыдущая противовирусная терапия.

Everson G.T. et al. Gastroenterology 2014 Feb; 146:420.

Подготовил Дмитрий Молчанов