

## АЛЬТЕРНАТИВНІ ПІДХОДИ ДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

© С. В. Семенова

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

**РЕЗЮМЕ.** Результати клініко-біохімічних досліджень показали високу ефективність та доцільність запропонованої гомеосинатрії в комплексному лікуванні хронічного некаменевого холециститу. Ефективність запропонованої терапії виражалася в скороченні строків лікування, збільшенні тривалості ремісії, зниженні доз запропонованої терапії, зменшенні кількості ускладнень та швидкій ліквідації болювого синдрому та інших позитивних проявах.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** гомеосинатрія, біологічно активні точки, меридіани, акупунктурний рецепт, електропунктурна діагностика, хронічний некаменевиий холецистит.

**Вступ.** Хвороби шлунково-кишкового тракту є одними з найпоширеніших в світі після патологій серцево-судинної системи та онкологічних захворювань (ХНХ). До найбільш поширених хронічних захворювань жовчного міхура й жовчовивідних шляхів належить хронічний некаменевиий холецистит. Поширеність хронічного некаменевого холециститу (ХНХ) серед дорослого населення досягає 40 % [1]. Проблеми лікування цієї патології залишаються актуальними на сучасний момент. Недоліками медикаментозної терапії ХНХ є наявність побічних ефектів, токсична дія на гепатобіліарну систему, особливо, коли хвороба розвивається на фоні патології різних органів та систем [2]. Поєднання гомеопатичного лікування з акупунктурною корекцією на біологічно-активних точках меридіанів кистей та стоп приводить до врегулювання біоенергетичного балансу, як організму в цілому, так і відповідних систем з патологічними змінами [3]. Акупунктурна корекція в певній ієрархічній послідовності (за системою верх – низ та центр – периферія) дозволяє збалансувати енергетичні потоки в організмі пацієнта, що приводить до відповідної перебудови на меридіанах та викликає зміни показників з біологічно-активних точок (БАТ) меридіанів в сторону їх нормалізації [3]. Методика лікування ХНХ детально розроблена та запатентована [4]. Корекція на меридіанах полягала в точковому гомеопатичному подразненні БАТ за рахунок правильно підібраної гомеопатичної та точкової рецептури [4].

**Метою дослідження** було довести клінічну ефективність гомеосинатричної корекції стану організму (ГСК) у хворих з ХНХ. Дослідження стосується невивчених питань рефлекторних впливів не лише на місцевий хронічний процес, але й на реакцію організму в цілому [4].

**Матеріал та методи дослідження.** Під спостереженням перебували 68 хворих з верифікованим діагнозом хронічного некаменевого холециститу (ХНХ) віком від 18 до 65 років, серед них

28 чоловіків (41,18 %) та 40 жінок (58,82 %). Середній вік хворих у першій групі становив  $36,9 \pm 3,43$  роки та  $43,7 \pm 3,4$  роки в другій групі хворих: за віком групи вірогідно не відрізнялись ( $p < 0,05$ ). Тривалість захворювання становила від 3 до 10 років. Провідними скаргами пацієнтів вказаних груп були різноманітні болі в проекції жовчного міхура (68 %), в тому числі в ділянці правої лопатки (19 %), здуття у верхній частині живота в 61 %, здуття у нижній половині живота в 41 % випадків, закрепи – 37 %, послаблення випорожнення в 15 %, загальна слабкість з астено-вегетативними проявами спостерігалася в 69 %. Пацієнти скаржилися на нерегульований апетит ( $p < 0,001$ ), коливання маси тіла ( $p < 0,001$ ), відсутність відчуття відпочинку після сну ( $p < 0,001$ ), періодичний головний біль ( $p < 0,001$ ), втому та низький рівень працездатності ( $p < 0,05$ ), поганий настрій ( $p < 0,001$ ). У таких хворих, окрім клінічних ознак ХНХ, суттєвими були явища астенодепресивного синдрому, ознаки хронічної втоми, епізоди субфебрилітету, зміна збудливості та порушення сну тощо. Всі хворі були поділені на дві групи, рандомізовані за віком, статтю тривалістю та перебігом ХНХ. Ефективність лікування оцінювали за клінічним перебігом ХНХ, рядом біохімічних показників та даними електропунктурних замірів (ЕПЗ). Пацієнтам основної групи на фоні базової терапії проводили гомеосинатричну корекцію (ГСРК) з введенням в біологічно-активні точки кистей та стоп гомеопатичних ліків (ГЛ). Пацієнтам з використанням ГСРК попередньо проводили електропунктурні заміри в контрольних точках меридіанів; в точках жовчовивідної системи та точках з вираженим відхиленням від показників норми (VB, IG, GI, RP, F, E). Після цього підбирали гомеопатичне лікування з врахуванням тропності до жовчовивідної системи та за клінічною й індивідуальною симптоматикою [4]. Пацієнти контрольної групи одержували класичне патогенетичне лікування. До лікування та після нього через 2–4 тижні проводили

відповідне обстеження. Діагностика проводилася в наступному об'ємі: вивчення скарг, та анамнезу пацієнтів, фізикальне обстеження; біохімічне дослідження крові, зокрема визначення рівнів аланінамінотрансферази (АЛТ), аспартатамінотрансферази (АСТ), гамма-глутамілтранспептидази (ГГТП), лужної фосфатази (ЩФ), рівня білірубину, ліпідів крові, тобто холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНП), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВП); ультразвукове дослідження органів черевної порожнини; динамічна сонографія жовчного міхура. Для виявлення нейровегетативних порушень та оцінки якості життя використовували спеціально розроблені опитувальники. В обох групах вивчали динаміку клінічних симптомів, інструментальних даних та деяких лабораторних показників. До початку лікування в обох групах відмічалася однотипна клінічна картина, пов'язана з патологією жовчного міхура та жовчовивідних шляхів. Критерієм оцінки рівня больових проявів була одержана сума балів.

**Результати і обговорення.** До початку лікування в обох групах відмічалася однотипна клінічна картина, пов'язана з патологією жовчного міхура та жовчовивідних шляхів. Критерієм оцінки рівня больових проявів була одержана сума балів. В обох групах спостерігався позитивний клінічний ефект, який характеризувався зменшенням частоти та інтенсивності больового, диспепсичного, дискінетичного та проявів астеновегетативного синдромів, але в основній групі зі значним випередженням. На фоні терапії сумарні бали знижувалися в обох групах, але в основній групі динаміка балів була більш вираженою: з  $47,3 \pm 2,3$  балів до  $29,1 \pm 2,1$  балів при ( $p < 0,01$ ), а в контрольній: з  $46,5 \pm 2,1$  балів до  $35,6 \pm 2,2$  балів ( $p < 0,05$ ). Таким чином, комбінована терапія суттєво знижувала інтенсивність проявів вищевказаних синдромів.

Застосування гомеопатичного лікування в поєднанні з рефлекторним впливом сприяло швидкій регресії всіх клінічних симптомів ( $p < 0,05$ ). Аналіз електропунктурних показників в БАТ виявив пропорційний зв'язок між динамікою клінічних симптомів та функціональним станом меридіанних енергетичних каналів. Зокрема, спостерігалася позитивна динаміка клінічних симптомів у випадку гомеосинатричного подразнення точок [5, 6].

В основній групі патологічна симптоматика (больова, диспепсична, кишкова та вегетативна) зменшилася на 3–5 день, а в групі з традиційним прийомом ліків симптоматика зникла в більш пізні строки, на 7–9 день, залежно від перебігу хвороби. У пацієнтів основної групи було достовірне зниження концентрації загального білірубину, та зменшення активності ГГТП, АсАТ, АлАТ, ЛДГ, що вказує

на послаблення процесів цитолізу та холестази. Також у хворих з ХНХ на фоні лікування змінилися показники ліпідного обміну в обох групах. Зокрема, абсолютні цифри холестерину були меншими в основній групі, порівняно з контрольною, при ( $p < 0,05$ ). Рівень холестерину більш інтенсивно знижувався в групі із застосуванням гомеопатичних препаратів в основному під кінець лікування, тоді як в контрольній групі найкращий ефект був досягнутий на початку лікування. В контрольній групі практично не змінилися показники ХС-ЛПВЩ, зокрема, невелике збільшення показників було поза статистичною достовірністю в контрольній групі, тоді як в основній групі – в межах статистичної достовірності. Значні відмінності між обома групами були за показниками ХС-ЛПНП в сторону значних позитивних змін в основній групі хворих.

Клінічно частина пацієнтів основної групи продемонструвала ефект лікувального загострення з відповідним симптомокомплексом (1/5 частина всіх хворих). Загострення оцінювалося як реакція – відповідь організму на енергоінформаційні чинники лікувального впливу. Пацієнти з загостренням в кінцевому результаті продемонстрували суттєву позитивну динаміку біохімічних показників та клінічних симптомів із стійкою тривалою ремісією.

У пацієнтів основної групи (93 %) помітно поліпшилася клінічна симптоматика на фоні суттєвого покращення психоемоційного та загального стану організму, зокрема, покращився апетит, зміцнився сон, підвищився настрій, зросла соціальна та трудова активність. Щодо динаміки вегетативних зрушень, оцінених за даними опитувальника А. М. Вейна, то в першій групі (основній) позитивна динаміка була достовірно більшою, зокрема, ( $26,4 \pm 1,5$  балів) за опитувальником пацієнта та ( $27,2 \pm 1,7$ ) за показами лікаря, порівняно з другою контрольною групою відповідно: ( $37,3 \pm 1,6$ ) та ( $42,8 \pm 1,8$ ) при ( $p < 0,05$ ). Аналіз динаміки психосоматичного стану та суб'єктивна оцінка самопочуття свідчать, що пацієнтів з достовірним покращенням більше в групі хворих, яким проводилася ГСК ( $p < 0,05$ ). Покращення сну відмічено в основній групі з  $6,5 \pm 0,4$  год до  $7,4 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ), а в контрольній групі: з  $6,8 \pm 0,5$  до  $7,0 \pm 0,3$  год. ( $p > 0,05$ ). Зменшилося відчуття тривоги та страху з підвищенням працездатності в основній групі. Результати тестування за опитувальником САН продемонстрували збільшення кількості балів активності, настрою, загального самопочуття. Зокрема, активність в балах зросла з  $3,7 \pm 0,3$  до  $4,70 \pm 2$  при ( $p < 0,01$ ), настрої підвищився з  $3,7 \pm 0,4$  до  $4,7 \pm 0,2$  при ( $p < 0,001$ ), самопочуття покращилося з  $3,3 \pm 0,3$  до  $4,5 \pm 0,2$  при ( $p < 0,001$ ). За шкалою Бека показники депресії до лікування не мали суттєвої різниці в обох групах, так, в основній групі показ-

ник складав  $23,9 \pm 3,4$  бали, а в контрольній  $21,2 \pm 2,4$  балів, що в цілому відповідало середньому ступеню. Після проведеного лікування одержано динаміку зменшення депресії до легкого ступеня, зокрема, в основній групі до  $12,6 \pm 1,4$  ( $p < 0,01$ ), а в контрольній – до  $16,8 \pm 1,9$  ( $p > 0,05$ ).

За даними УЗД, в обох групах покращувалася скорочувальна функція жовчного міхура, зникали ознаки застою жовчі, хоча різниця між групами була статистично недостовірною.

Таким чином, синхронізація морфологічних змін на соматичному рівні у пацієнтів з ХНХ реалі-

зується шляхом застосування резонансно-інформаційно-енергетичних технологій, що підвищує ефективність лікування, запобігає розвитку конституційно-детермінованих ускладнень та покращує якість життя хворих з вказаною патологією [6, 7].

**Висновки.** Застосування рефлекторних впливів на БАТ є перспективним напрямком в комплексному лікуванні хворих з ХНХ. Застосування гомеопатичного лікування в поєднанні з рефлекторними впливами підвищує ефективність лікування та сприяє покращенню якості життя хворих з хронічним некаменевим холециститом.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Голубчиков М. В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби печінки та жовчовивідних шляхів / М. В. Голубчиков // Сучасна гастроентерологія та гематологія. – 2000. – № 2. – С. 53–55.
2. Ильченко А. А. Заболевания желчного пузыря / А. А. Ильченко. – М. : Анахарсис, 2006. – 448 с.
3. Самосюк И. Акупунктура / И. Самосюк, В. Лисенюк. – М. : «Аст-Пресс книга», 2004. – 526 с.
4. Лисенюк В. П. Основи рефлексотерапії, фітотерапії та гомеопатії / В. П. Лисенюк К. : ВСВ «Медицина». – 2010. – 422 с.
5. Семенова С. В. Спосіб лікування хронічного без-

кам'яного холециститу гомеосинатрично-рефлекторним впливом через акупунктурні точки. Патент № 16110 UA, Опубл. 17.07.2006 Бюл. № 7.

6. Нетрадиційна медицина: методичні розробки / Андріюк Л. В., Лабінський А. Й., Мацко Н. В. [та ін.]. – Львів, 2009. – 136 с.

7. Бакаев Г. Б. Аппараты для контроля и коррекции состояния функций организма, Г. Б. Бакаев // Материалы Международной научной конференции «Функциональные методы донозологической диагностики и коррекции здоровья человека» 03–04 марта 2012 года г. Киев. – С. 7–9.

## ALTERNATIVE APPROACHES TO THE SOLVING OF PROBLEMS OF CHRONIC NON-CALCULOUS CHOLECYSTITIS

©S. V. Semenova

*Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi*

**SUMMARY.** Clinical, physiological and biochemical researches showed high efficiency and expediency of application of homeopathy impulses for combined treatment of non-calculous cholecystitis. The therapeutic effect showed itself as reduced treatment time, increased remission, reduced drug doses, ill – defined symptoms of exacerbations, decreased complications, rapid pain relief and other positive changes.

**KEY WORDS:** Homeosinaty, bioactive points, meridians, acupuncture recipe, electropuncture diagnostics, chronic non-calculous cholecystitis.