

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

Бабінець Л.С., Криський О.І., Творко В.М., Чорна А.С., Семяоніди Л.Д., Ониськів Л.С.
**СУМІСНЕ ВИКОРИСТАННЯ ГОМЕОПАТІ І РЕФЛЕКСОТЕРАПІ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
 НЕГОСПІТАЛЬНО ПНЕВМОНІ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

СУМІСНЕ ВИКОРИСТАННЯ ГОМЕОПАТІ І РЕФЛЕКСОТЕРАПІ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНО ПНЕВМОНІ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ – У статті обґрунтовано доцільність включення до комплексно терапі хворих на негоспітальну пневмонію гомеопатичного препарату Бронхо-гран і курсу класично акупунктури за запропонованою авторами методикою для оптимізації клінічних симптомів і параметрів запалення (за рівнем лейкоцитів, нейтрофілів, С-реактивного протеїну, фібриногену, циркулюючих імунних комплексів у крові). Доведено достовірно вищий рівень ефективності сумісного використання Бронхо-грану і курсу рефлексотерапі серед запропонованих і досліджених методик за впливом на клінічні прояви негоспітально пневмонії й параметри запального синдрому.

СОВМЕСТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГОМЕОПАТИИ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ – В статье обосновано целесообразность включения к комплексной терапии больных на негоспитальную пневмонию гомеопатического препарата Бронхо-гран и курса классической акупунктуры за предложенной авторами методикой для оптимизации клинических симптомов и параметров воспаления (по уровню лейкоцитов, нейтрофилов, С-реактивного протеина, фибриногена, циркулирующих иммунных комплексов в крови). Доказано достоверно высший уровень эффективности совместного использования Бронхо-гран и курса рефлексотерапии среди предложенных и исследованных методик по влиянию на клинические проявления негоспитальной пневмонии и параметры воспалительного синдрома.

COMPARTIBLE USING OF HOMEOPATHY AND REFLEXOTHERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN AMBULATORY PRACTICE – The expediency of inclusion of homeopathic drug Broncho-gran and the course of classical acupuncture according to the method offered by authors for the optimization of clinical symptoms and parameters of inflammation (according to the levels of leucocytes, neutrophils, C-reactive protein, fibrinogene, circulating immune complexes in the blood) into complex therapy of patients with community-acquired pneumonia is proved in the article. It is proved the higher level of effectiveness of compatible using of Broncho-gran and reflexotherapy course in the complex therapy according to the influence on clinical symptoms of community-acquired pneumonia and the markers of inflammation syndrome in comparison with other programs of treatment.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, комплексна гомеопатія, рефлексотерапія, маркери запалення, клінічні симптоми.

Ключевые слова: негоспитальная пневмония, комплексная гомеопатия, рефлексотерапия, маркеры воспаления, клинические симптомы.

Key words: community-acquired pneumonia, complex homeopathy, reflexotherapy, markers of inflammation, clinical symptoms.

ВСТУП Використання загальноприйнятого комплексу лікування негоспітально пневмонії (НП), сформованого згідно із останніми рекомендаціями МОЗ України, реалізує алопатичний підхід до лікування "хвороба – лікуючий фактор". Він спрямований на симптоми захворювання та етіологічний фактор [1]. Результати численних досліджень ефективності старих і нових алопатичних препаратів дозволили науковцям

і практикам виробити загальноприйнятий стандарт лікування НП, що є безумовною вимогою часу і дозволяє уніфікувати терапевтичні підходи [2]. Однак це не виключає доцільності пошуку альтернативних програм, побудованих на реалізації принципу індивідуалізації та необхідності "лікування не хвороби, а хворого". Підхід до лікування "хворий – лікуючий фактор" дозволяють реалізувати біологічні методи медицини, застосування яких у комплексній терапі могло б значно підсилити і збагатити [3, 4]. Дія гомеопатичних засобів та голкорексотерапі (ГРТ) спрямована на макроорганізм, дозволяє мобілізувати резервні сили хворого, що дає змогу організму шляхом саморегуляції справитися із недугою [5, 6]. Отримані нами раніше позитивні результати сумісного використання антигемотоксичних засобів і класично акупунктури у комплексному лікуванні хронічного панкреатиту дозволили екстраполювати цей досвід на дослідження дієвості такого підходу у веденні хворих із НП в амбулаторних умовах [3, 4].

Мета дослідження – дослідити динаміку клінічних проявів і параметрів запалення хворих на НП під впливом комплексного лікування із включенням гомеопатичного препарату Бронхо-гран і курсу ГРТ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Об'єктом дослідження були 33 пацієнти із НП, які проходили лікування на базі поліклінічного відділення Тернопільсько місько клінічно лікарні № 2. Вік хворих коливався від 17 до 54 років. Серед них було 13 жінок і 10 чоловіків. Верифікацію діагнозу НП і формування комплексу загальноприйнятого лікування (ЗЛ) проводили за стандартними вимогами, затвердженими МОЗ України [7]. Ступінь запалення та інтоксикації визначали за рівнем лейкоцитозу, паличкаядерних та сегментоядерних нейтрофілів, С-реактивного протеїну (СРП), фібриногену крові, швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), застосовуючи загальноприйняті лабораторні методики [8].

Пацієнтів із НП поділили на групи порівняння: I група (14 хворих) отримувала комплекс ЗЛ. Він включав антибактеріальні препарати (найчастіше амоксицилін, захищений амінопеніцилін або макролід у терапевтичних дозах), за необхідністю – мукорегулятори, муколітики, протизапальні засоби нестероїдні дії, бронхолітики, антигістамінні препарати. II група (12 хворих) отримувала ЗЛ комплекс, посилений використанням Бронхо-грану по 5 гранул сублінгвально за 10 хв до тричі на добу протягом 10 днів (ЗЛ+БГ). III (7 хворих) – ЗЛ комплекс, посилений сумісним використанням Бронхо-грану за аналогічною II групі методикою і курсом ГРТ (ЗЛ+БГ+ГРТ). Лікування Бронхо-граном і ГРТ у II та III групах розпочинали з 5 дня від початку антибактеріальної терапі.

Бронхо-гран – комплексний гомеопатичний препарат, який випускає національна гомеопатична спілка України і є офіційно ліцензованим і рекомендованим для лікування. Препарат зменшує запалення дихальних шляхів, полегшує кашель, сприяє відходженню мокротиння, зменшує інтоксикацію. Бронхо-гран підсилює місцевий захист слизових, має імунomodельючу дію, попереджує рецидиви захворювання. Препарат не має протипоказань, вікових обмежень, не кумулює, не викликає алергії, побічних дій і ускладнень, добре поєднується з алопатичними засобами. Все вищесказане зумовило доцільність включення препарату до комплексно терапі НП.

ГРТ проводили за гальмівним методом, кількість сеансів – 10; тривалість сеансів – 20-30 хв; підбір рецептури – індивідуальний, за загальноприйнятими правилами ГРТ. Найчастіше використовували такі біологічно активні точки: P1-2, 7, 9; Gi4, 10, 11; E36; Rp6; Mc6; Vb20-21; V11-17; V41-45; I14, 17, 22, 23; F2-3, 14; T11; Tr3, 5, 10; AT13, 19, 22, 28, 29, 31, 51, 55, 82, 100-102 [5].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ

У таблиці 1 наведені отримані нами у ході дослідження дані динаміки клінічних проявів (задишка, кашель, підвищення температури тіла, пітливість, слабкість) хворих на НП під впливом різних лікувальних комплексів. В результаті лікування хворих III групи було отримано більш значиму позитивну динаміку по елімінації проаналізованих КП, ніж у хворих I і II груп: в середньому з 88,6 % пацієнтів до 5,7 % у III групі порівняно з відповідно – 91,7 % пацієнтів і 15,0 % після лікування в II групі та з 91,4 % до 30,0 % в I групі.

Динаміка КП була більш вагомю в III групі корекції стосовно II і особливо I груп. Це засвідчило більшу ефективність комплексно терапі хворих на НП із застосуванням гомеопатичного препарату Бронхо-гран порівняно із ЗЛ. Введення до лікувального комплексу НП курсу ГРТ достовірно сприяло посиленню дієвості тако терапі за впливом на КП стосовно

попередніх комплексних лікувальних програм.

Наступним етапом було проведення аналізу динаміки досліджуваних маркерів запалення хворих на НП під впливом різних лікувальних комплексів (дані табл. 2). За отриманими даними, у хворих на НП виявлено достовірне збільшення всіх досліджуваних маркерів запалення. Після лікування отримали достовірне зниження рівнів лейкоцитів (в т.ч. паличко-ядерних і сегментів) периферично крові, С-реактивного проте ну, фібриногену, ЦІК і ШОЕ крові (P<0,05) в усіх групах. Однак ефективність лікування у II групі була достовірно вищою, ніж у I групі (за всіма показниками, крім фібриногену), що засвідчило доцільність використання Бронхо-грану у комплексній терапі НП для корекції запального синдрому і зменшення явищ ендогенно інтоксикації (за показником ЦІК). Найбільш вагомю для купірування запальних й інтоксикаційних процесів при НП виявилась дієвість III лікувального комплексу (всі показники достовірні стосовно таких у I групі хворих, більшість показників – стосовно таких у II групі).

Таким чином, посилення ЗЛ сумісним використанням комплексного гомеопатичного препарату Бронхо-гран і курсом ГРТ за запропонованою методикою є достовірно доцільним і рекомендованим для застосування в амбулаторній практиці лікування НП.

Таблиця 1. Динаміка клінічних проявів під впливом різних лікувальних комплексів

Клінічний прояв	Групи порівняння					
	I група (n=14)		II група (n=12)		III група (n=7)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Гіпертермія	12 (85,7)*	5 (35,7)**	11 (91,7)	2 (16,7)	7 (100,0)	0 (0)
Кашель	14 (100,0)	3 (21,4)	12 (100,0)	1 (8,3)	7 (100,0)	1 (14,3)
Задишка	11 (78,6)	4 (28,6)	11 (91,7)	3 (25,0)	5 (71,4)	0 (0)
Астенічний с-м	14 (100,0)	4 (28,6)	10(83,3)	2 (16,7)	6 (85,7)	1 (14,3)
Пітливість	13 (92,9)	5 (35,7)	11 (91,7)	1 (8,3)	6 (85,7)	0 (0,0)
Сумарний показник, %	91,4	30,0	91,7	15,0	88,6	5,7

Примітки: * – в дужках наведені дані у відсотках (%);

** – клінічний прояв у хворих на НП після лікування вважали наявним за відсутності значимо позитивно динаміки.

Таблиця 2. Динаміка досліджуваних маркерів запалення хворих на НП під впливом різних лікувальних комплексів

Показник	Контроль (n=20)	Групи порівняння					
		I група (n=14)		II група (n=12)		III група (n=7)	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Лейкоцити, $\times 10^9$ л	4,91 \pm 0,29	11,26 \pm 0,18	6,52 \pm 0,17*	10,99 \pm 0,18	5,88 \pm 0,16**	11,39 \pm 0,10	5,11 \pm 0,09***
Паличко-ядерні, %	2,48 \pm 0,87	7,45 \pm 0,49	4,39 \pm 0,43*	7,67 \pm 0,51	3,41 \pm 0,32**	7,88 \pm 0,87	3,03 \pm 0,58**
Сегментно-ядерні, %	49,15 \pm 2,85	69,03 \pm 1,18	57,70 \pm 2,35*	68,13 \pm 1,09	51,40 \pm 1,37**	69,03 \pm 1,23	48,21 \pm 1,31***
СРП, кількість (+)	0,21 \pm 0,09	2,06 \pm 0,45	0,76 \pm 0,36*	2,14 \pm 0,21	0,41 \pm 0,18**	2,05 \pm 0,34	0,28 \pm 0,13**
Фібриноген, г/л	2,12 \pm 1,04	6,11 \pm 0,96	4,25 \pm 0,86	6,21 \pm 0,84	3,69 \pm 0,47*	6,21 \pm 0,84	2,55 \pm 0,59**
ЦІК, ум.од.	65,35 \pm 1,26	209,98 \pm 1,93	136,69 \pm 1,31*	223,35 \pm 2,38	122,81 \pm 1,29**	243,37 \pm 1,98	82,86 \pm 1,69***
ШОЕ, мм/год	7,92 \pm 0,39	19,26 \pm 0,40	10,52 \pm 0,17*	19,95 \pm 0,15	9,81 \pm 0,26**	18,39 \pm 0,10	6,19 \pm 0,11***

Примітки: всі показники до лікування достовірні стосовно групи контролю (p<0,05);

* – достовірна відмінність стосовно показників своєї групи до лікування (p<0,05);

** – достовірна відмінність стосовно показників I групи після лікування (p<0,05);

*** – достовірна відмінність стосовно показників II групи після лікування (p<0,05).

ВИСНОВКИ 1. Призначення Бронхо-гранул по 5 гранул сублінгвально за 10 хв до двічі на добу протягом 10 днів (з 5 дня антибактеріально терапі) в комплексному лікуванні хворих на НП є доцільним для оптимізації клінічних показників і маркерів запалення.

2. Сумісне використання Бронхо-грану і курсу ГРТ (10 сеансів по 20-30 хв за гальмівним методом та індивідуально підбраною рецептурою за канонами ГРТ) є найбільш ефективним серед запропонованих і досліджених методик за впливом на клінічні прояви НП і параметри запального синдрому.

У перспективі подальших досліджень вважаємо за доцільне розробити і обґрунтувати програми комплексного ліку-

вання хворих із патологією дихально системи із використанням методів біологічної медицини.

ЛІТЕРАТУРА

- Негоспітальна пневмонія у дорослих: етіологія, патогенез, класифікація, антибактеріальна терапія / Ю.І. Фещенко, О.Я. Дзюблик, В.Я. Клягін, Ю.М. Мостовий – Ки в, 2003. – 39 с.
- A prospective study of age and lifestyle factors in relation to community-acquired pneumonia in US men and women / I. Baik, G. Curhan, E. Rimm et al. // Arch. Intern. Med. – 2000. – V. 160. – P. 3082-3088.
- Бабінець Л.С. Переваги поєднаного використання рефлексотерапі та гомеопатії в комплексному лікуванні хворих на хронічний панкреатит // Архів клінічної медицини. – №2 (8). – 2005. – С. 42-44.

4. Бабінець Л.С., Криський О.І., Боровик І.О. Порівняльний аналіз альтернативних методів лікування хворих на хронічний панкреатит в амбулаторній практиці // Вісник наукових досліджень. – 2007. – № 4. – С. 39-41.

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. Сергеева О.Ю. Обзор современных представлений о механизмах и уровнях действия гомеопатических лекарственных средств // Теоретические аспекты гомеопатии. – 2002. – № 1 (3). – С. 13-20.

7. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. д.м.н., проф. Ю.М. Мостового. – 9-е вид., доп. і перероб. – Вінниця, 2007. – 480 с.

8. Сорокопуд О.О. Показники синдрому запалення у курців з негоспітальною пневмонією // Український медичний альманах. – 2005. – Т. 8, № 5. – С. 129-131.

Возняк А.В., Ньянковський С.Л.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОЛОВНОГО БОЛЮ ПЕРЕНАПРУЖЕННЯ

Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОЛОВНОГО БОЛЮ ПЕРЕНАПРУЖЕННЯ – У статті висвітлено вікову структуру головного болю перенапруження та проаналізовано клініко-анамнестичні та інструментальні особливості його перебігу у дітей різних вікових груп.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПЕРЕНАПРУЖЕНИЯ – В статье отображено возрастную структуру головных болей напряжения, а также проведен анализ клинико-анамнестических и инструментальных особенностей течения у разных возрастных групп.

AGE FEATURES OF COURSE OF TENSION-TYPE HEADACHE – The age composition of tension-type headache is described in the article. It is made the analysis of its anamnesis, clinical and instrumental special features of course of tension-type headache in children of different age groups.

Ключові слова: головний біль, перенапруження, діти.

Ключевые слова: головная боль, напряжения, дети.

Kew words: tension type headache, children.

ВСТУП Останнім часом спостерігається зростання функціональних захворювань, особливо у дітей шкільного віку, які негативно впливають на якість життя та погіршують працездатність. Однією з найчастіших скарг є біль голови. Ряд закордонних дослідників [3, 4] вивчаючи поширення болю голови у дітей віком від 7 до 15 років з інтервалом в 20 років, прийшли до висновку про зростання цього синдрому в дитячій популяції. Частота звертань на біль голови зросла з 23,4 до 71,1%, а мігрени – з 1,9 до 5,7%.

Мета роботи – виявити вікові аспекти клінічного перебігу головного болю перенапруження.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Під нашим спостереженням перебувало 120 дітей, яким було встановлено діагноз – головний біль перенапруження (ГБП) відповідно до критерію в міжнародного товариства з проблем болю голови (International Headache Society) [2].

Діагностичний алгоритм вибірково групи хворих дітей включав визначення: даних анамнезу болю голови (частота, тривалість, інтенсивність, локалізація, характер, зв'язок з провокуючими факторами, супутні симптоми), скарги батьків та дитини; результатів інструментальних методів обстеження (реоенцефалографія (РеоЕГ), електроенцефалографія (ЕЕГ), ехоенцефалографія (ЕхоЕГ). З метою вивчення стану вегетативного гомеостазу проводили аналіз варіабельності ритму серця (ВРС). При розподілі дітей за основними клінічними формами ВД ми користувались класифікацією В.Г. Майданника (1998р.), відповідно до якої виділяли вегето-вісцеральну, вегето-судинну, нейроциркуляторну дисфункції і пароксизмальну вегетативну недостатність [1]. Для оцінки рівня тривожності застосовували тест Спілбергерта та шкалу Гамільтона (HDRS-14).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Проведене комплексне дослідження дозволило у 37,5 % (45) дітей встановити діагноз епізодичного головного болю перенапруження з частими та тривалими епізодами болю голови (ЕГБП), а у 62,5 % (75) дітей – хронічного головного болю перенапруження (ХГБП). Вивчення особливостей перебігу цефалгічного синдрому залежно від віку (рис. 1) показало, що

у дітей віком від 8 до 15 років, що становили першу групу (n-45), епізодичний головний біль перенапруження зустрічався частіше (55,6%), ніж хронічний головний біль перенапруження (44,4%). У дітей віком від 15 до 18 років, так звана друга група (n-75), провідним був ХГБП, частота якого сягала 73,3 %, разом з тим частота ЕГБП у дітей даної групи була в 2 рази нижчою (26,7 %), ніж у дітей першої групи.

Клінічні особливості ГБП у дітей обох вікових груп залежали від його характеру. Так, у дітей з ЕГБП тривалість захворювання на момент обстеження в середньому складала 2-4 роки, з загостреннями у осінньо-весняний період (початок та кінець навчального року). Напади болю спостерігались до 3-х раз на тиждень, локалізація його була частіше дифузна (в лобній, лобно-скроневій, рідше в потиличній ділянках), інтенсивність болю від помірного до сильного (4-6 балів візуально-аналоговою шкалою). Біль голови в основному виникав у другій половині дня, частіше (80% дітей) після шкільних занять. Іншими стресовими чинниками, за даними анкетування, були конфлікти вдома (~58%) та метеочутливість (~38%). На висоті больових відчуттів могли бути фото- чи фонофобії. Біль утруднював в основному розумову сферу діяльності. Тоді, коли нормалізація режиму дня та адекватний відпочинок не полегшували перебіг захворювання, позитивний терапевтичний ефект спостерігався від монокомпонентних анальгетиків (парацетамол).

У 44,4 % дітей виявлено спадкову обтяженість за захворюваннями з синдромом хронічного болю, в тому числі і болю голови. При пальпації у 37,7 % дітей виявили болючі точки та підвищений м'язовий тонус в проекції перикраніально та екстракраніально (шийно-потилична зона) мускулатури.

У дітей з ХГБП анамнез захворювання складав 3-5 років, при цьому третина дітей відмічала, що протягом останнього року біль голови набув перманентного перебігу і розпочинався без видимих причин. Біль переважно був двостороннім та стискаючим. Частота нападів болю складала 3-4 рази на тиждень (не менше 15 на місяць). За інтенсивністю больові напади відповідали 5-7 балам за візуально-аналоговою шкалою. Часто біль супроводжувався нудотою, відмовою від їжі, фото- чи фонофобіями. Біль утруднював як розумову, так і фізичну діяльність. Напади болю тривали понад 6 год і терапевтичний ефект від анальгетиків був слабко вираженим, а іноді й відсутнім. З анамнезу було відомо про приймання судинних, ноотропних і вегетотропних препаратів без суттєвого покращення. Слід відмітити, що у 20 % дітей з ХГБП виявлено зловживання та неконтрольний прийом анальгетиків, що, в свою чергу, могло ускладнювати перебіг захворювання. В анамнезі у дітей з ХГБП відмічали хронічні больові симптоми інших локалізацій (біль в спині, шиї, кардіалгії, артралгії тощо), характерним була обтяжена спадковість, в основному по материнській лінії.

При пальпації у 68 % дітей виявили болючі точки та підвищений м'язовий тонус в проекції перикраніально та екстракраніально (шийно-потилична зона) мускулатури.