



Г. М. Ижа, М. В. Калиниченко
 ГУ «Украинский НИИ медицинской реабилитации и
 курортологии Минздрава Украины», Одесса

Методы альтернативного лечения больных хроническим вирусным гепатитом С

Цель — изучить эффективность комплексного применения маломинерализованной гидрокарбонатно-сульфатно-хлоридно-натриевой минеральной воды (МВ) «Вознесенская», процедур виброакустической и микроволновой (сверхвысокочастотной) терапии у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГ-С), которые не получают стандартную противовирусную терапию.

Материалы и способы. Использованы следующие методы: анамнестический, клинический, параклинические (биохимические, серологические, иммуноферментные, молекулярно-генетическое исследование крови), ультрасонографическое исследование органов пищеварения, статистические. В динамике было обследовано 53 больных ХВГ-С. Все больные получали базовый курс лечения - диета № 5 дробная, МВ по 200 мл трижды в сутки за 30-40-60 мин до еды (в зависимости от состояния кислотообразующей функции желудка) в течение 2 мес. Первая группа больных (n = 27) дополнительно получала процедуры микроволновой терапии по акупунктурной методике, вторая группа (n = 26) – процедуры микроволновой и виброакустической (аппарат «Витафон») терапии в течение 6 мес. Оценку эффективности лечения проводили через 6 мес. от начала лечения.

Результаты. После лечения у всех больных выявлено достоверное ($p < 0,001$) уменьшение клинических проявлений астенического, болевого и диспепсического синдромов, стимуляцию уровня эндогенного α -интерферона ($p < 0,001$), нормализацию показателей перекисного окисления липидов и системы антиоксидантной защиты. Оценка функционального состояния печени и вирусологической нагрузки (ВН) показала преимущество лечения во второй группе (достоверное нивелирование признаков цитолитического, холестатического и мезенхимально-воспалительного синдромов) в отличие от больных первой группы, у которых сохранялись признаки холестатического и мезенхимально-воспалительного синдрома. Снижение уровня ВН на 2 Ig копий/мл установлено у 53,8% больных второй и 48,1% больных первой группы.

Выводы. Применение МВ, процедур микроволновой и виброакустической терапии у больных ХВГ-С способствует возникновению клинико-биохимической ремиссии заболевания и уменьшению уровня ВН, что значительно уменьшает риск прогрессирования фиброза, развития цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы у этой категории пациентов.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, минеральная вода, микроволновая терапия, виброакустическая терапия.

Проблема хронического вирусного гепатита С (ХВГ-С) в настоящее время актуальна как для экономически развитых стран, так и для развивающихся стран, вследствие неуклонного роста количества инфицированных, а также трансформации этого заболевания в цирроз печени или гепато-целлюлярную карциному. Ранняя инвалидность и высокая смертность определяют медико-социальное значение данной проблемы [2,3].

По данным ВОЗ, распространенность HCV-инфекции в общей популяции составляет 3%, ежегодно 3—4 млн человек инфицируются вирусом гепатита С, более 350 тыс. умирают от осложнений

этого заболевания[9]. Украина, по данным ВОЗ, относится к странам с умеренным распространением HCV-инфекции — 1,0—2,5% населения. Однако, по мнению многих исследователей, фактические показатели заболеваемости и распространения гепатитов В и С в Украине превышают данные официальной статистики в 5-8 раз, поскольку безжелтушные стертые субклинические формы протекают под маской другой патологии и остаются нераспознанными [10]. Уменьшить прогрессирование ХВГ-С можно только путем назначения этиотропного лечения с использованием стандартных схем противовирусной терапии (ПВТ). Однако для большинства пациентов лечение недоступно из-за высокой стоимости.

Возникновение побочных эффектов заставляет врачей прекратить курс терапии [11, 12]. Общие противопоказания к назначению стандартной ПВТ – обструктивное заболевание легких, нестабильная стенокардия, психические расстройства и т.д. Следовательно, существует большое количество пациентов, которые не могут получать ПВТ, но они нуждаются в специфическом лечении для предотвращения прогрессирования фиброза печени.

К сожалению, современная медицина из-за унификации, схематичности и стандартизации лечения нивелирует преимущество отечественной терапевтической школы — индивидуальный подход к лечению пациента.

В настоящее время лечение ХВГ-С в мире предполагает только использование лекарственных препаратов, а вопрос о целесообразности использования курортных ресурсов у этой категории больных не рассматривается.

Обоснованием применения природных и преформированных физических факторов как средств возможного этиопатогенетического воздействия при ХВГ-С являются многочисленные данные об их иммуномодулирующем действии, противовирусной активности [1, 7, 8], способности восстанавливать функциональное состояние печени [4, 7].

С целью повышения эффективности лечения больных ХВГ-С нами была разработана комплексная терапия, предусматривающая использование маломинерализованной гидрокарбонатно-сульфатно-хлоридной натриевой минеральной воды (МВ) и физиотерапевтических методов лечения: процедур виброакустической и микроволновой (сверхвысокочастотной) терапии.

Естественным и уникальным методом лечения больных с патологией гепатопанкреатобилиарной системы является питьевое лечение минеральными водами. Маломинерализованные гидрокарбонатно-сульфатно-хлоридно-натриевые минеральные воды усиливают желчеобразующую и желчевыводящую функции печени, изменяют физико-химические свойства желчи, нормализуют ее рН, увеличивают содержание желчных кислот и улучшают кровообращение в печени, способствуют улучшению ее структуры, усиливают процессы репарации. Именно поэтому наше внимание привлекла фасованная маломинерализованная гидрокарбонатно-сульфатно-хлоридная натриевая МВ «Вознесенская» [5].

Основной механизм действия виброакустической терапии (медицинский аппарат "Витафон ИК") заключается в возможности микровибрационных волн снижать гидродинамическое сопротивление сосудов. В результате усиливается осмотическое движение жидкости и улучшаются реологические свойства крови, что способствует внутриорганному увеличению капиллярного кровотока и лимфотока в радиусе 7-10 см от центра вибратора. Усиление капилляро- и лимфотока

в пораженных органах и тканях является необходимым и важным направлением терапии при хронических воспалительных заболеваниях, в частности при ХВГ-С, для рассасывания воспалительного отека и реваккуляризации тканей [6].

Действие микроволновой терапии достигается благодаря суммированию основных эффектов ее влияния на патогенетические цепи заболевания HCV-инфекции, а именно противовоспалительного, противоотечного, иммунокорректирующего. Это способствует улучшению процессов регенерации ткани печени, повышению неспецифической и специфической резистентности организма больных ХВГ-С к HCV-инфекции [7].

Цель исследования — изучить эффективность комплексного применения маломинерализованной гидрокарбонатно-сульфатно-хлоридной натриевой МВ «Вознесенская», процедур виброакустической и микроволновой терапии у больных ХВГ-С, не получающих стандартную ПВТ.

Материалы и методы

На базе поликлинического отделения ГУ «Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии Минздрава Украины» было обследовано 53 больных ХВГ-С (генотип Ib, фаза репликации, минимальная степень активности процесса, низкий уровень вирусологической нагрузки (ВН)).

В исследовании использованы такие методы, как анамнестический, клинический (гастроэнтерологический осмотр, во время которого оценивали степень выраженности болевого, диспепсического и астенического синдромов по субъективным и объективным признакам заболевания), параклинические методы (исследование общеклинических и биохимических показателей крови, серологических маркеров вирусного гепатита С, РНК HCV полимеразную цепную реакцию (ПЦР) (качественное и количественное определение, генотипирование), исследование показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) и системы антиоксидантной защиты (АОЗ), количественное определение эндогенного суммарного α -интерферона в сыворотке крови, иммунологические исследования, ультразвуковое исследование органов пищеварения.

Диагноз ХВГ-С и степень его активности устанавливали согласно Международной классификации хронических гепатитов (Лос-Анджелес, 1994).

В начале исследования были сформированы две группы больных ХВГ-С. Всем больным назначали базовый комплекс лечения - диетическое питание (диета № 5, дробная) и внутренний прием МВ «Вознесенская» в течение 2 мес (150-200 мл с температурой 38-40° С за 30-40-60 мин до еды (в зависимости от исходного состояния кислотообразующей функции желудка) трижды в сутки).

Первая группа (n = 27) больных дополнительно принимала процедуры микроволновой терапии по акупунктурной методике с экспозицией 40 мин в течение 14 дней. Лечение предусматривало 3 курса по 14 сеансов с перерывом в 1 мес. Общий курс лечения составил 6 мес. Вторая группа (n = 26) больных получала процедуры микроволновой терапии по приведенной методике и процедуры виброакустической терапии в течение первых 6 мес. лечения.

Оценку эффективности лечения проводили через 6 мес. после начала лечения.

Полученные результаты обрабатывали общепринятыми методами вариационной статистики, рассчитывали средние абсолютные и относительные величины, их погрешности, критерий уверенности Фишера Стьюдента.

Результаты и обсуждение

В динамике обследовано 53 больных ХВГ-С с сопутствующей патологией органов пищеварения.

Среди обследованных мужчин было 52,8%, женщин – 47,1%. Возраст пациентов составлял от 22 до 57 лет, в среднем – 45,2 года.

Сопутствующие заболевания органов пищеварения были представлены хроническим некалькулезным холециститом – в 56,6%, хроническим панкреатитом – в 39,6% случаев.

До начала лечения у 90,5% больных имели место признаки астенического синдрома – повышенная утомляемость, слабость, нарушение сна, раздражительность. Обнаружение диспепсического синдрома выявлено у 64,1% пациентов. Из признаков болевого абдоминального синдрома доминировала боль или чувство тяжести в правом подреберье (у 52,8% обследованных). 35,8% больных жаловались на боли в крупных и мелких суставах, являющиеся признаками артралгического синдрома.

При объективном обследовании чаще всего выявляли гепатомегалию и болезненность при пальпации правого подреберья – в 64,1 и 60,3% случаев соответственно. Болевые ощущения при пальпации левого подреберья зафиксированы у 41,5% обследованных, болезненность в точке Керра – у 58,4% больных.

Исследование общего анализа крови выявило повышение СОЭ и уровня лимфоцитов у 20,7% больных, повышенное содержание моноцитов – у 13,2%. Остальные показатели гемограммы были в пределах нормальных величин.

При биохимическом исследовании сыворотки крови в начале лечения у большинства больных установлено нарушение функционального состояния печени. Доминировали явления цитолитического синдрома – в 60,3% случаев. У 43,3% больных выявлено повышение величины тимоловой пробы

(средний показатель - $(6,23 \pm 0,47)$ ед.), у 41,5% - повышение уровня лимфоцитов до 2 норм, γ -глутамилтранспептидазы - до 1,5 нормы. У 37,7% больных установлено нарушение липидного обмена в виде гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии, хотя средний уровень этих показателей в общей выборке не превышал нормальных величин. Изучение показателей ПОЛ и АОЗ выявило существенное преобладание процессов ПОЛ, о чем свидетельствовало повышение уровня диеновых конъюгатов у 73,5% обследованных и малонового диальдегида - у 62,2% (средние показатели - $(1,23 \pm 0,04)$ усл. ед и $(6,53 \pm 0,06)$ мкмоль/л соответственно). У 81,1% обследованных зафиксировано понижение общей антиоксидантной активности плазмы.

Анализ исходного уровня эндогенного α -ИФН выявил его существенное снижение у 54,7% обследованных (в среднем - $(2,75 \pm 0,19)$ пкг/мл), у остальных больных этот показатель был в пределах нормы - $(11,86 \pm 1,04)$ пкг/мл.

При изучении иммунологического статуса больных ХВГ-С до начала лечения установлено снижение уровня показателей Т-клеточного иммунитета у большинства обследованных. Так, у 62,2% пациентов имело место снижение уровня CD4-лимфоцитов и величины иммунорегуляторного индекса CD4/CD8. У 52,8% обследованных определено повышение содержания CD8- и В-лимфоцитов. У большинства больных (73,5%) выявлено снижение общей активности фагоцитов.

У всех больных до начала лечения имела место активная репликация инфекции HCV в сыворотке крови по данным ПЦР, диагностирован низкий уровень ВН (в среднем – 10^4 копий/мл).

Ультразвуковое исследование (УЗИ), проведенное в начале лечения, выявило у 64,1% пациентов увеличение размера печени, у 75,4% повышение ее эхогенности, у 56,6% признаки хронического некалькулезного холецистита в виде утолщения и уплотнения стенок пузыря, усиление его эхогенности, у 39,6% признаки хронического воспаления поджелудочной железы в виде неравномерного усиления эхогенности, нечеткости контуров, неоднородности ее паренхимы. Диаметр внутри- и внепеченочных желчных протоков к началу и на протяжении всего курса лечения был в пределах нормальных величин.

В конце лечения у большинства больных обеих групп улучшилось общее самочувствие, значительно уменьшилась выраженность субъективных и объективных признаков основного заболевания, улучшилось функциональное состояние печени, показателей ПОЛ и АОЗ, интерфероногенеза (рис. 1). Более детальный анализ полученных результатов выявил различия между группами больных,

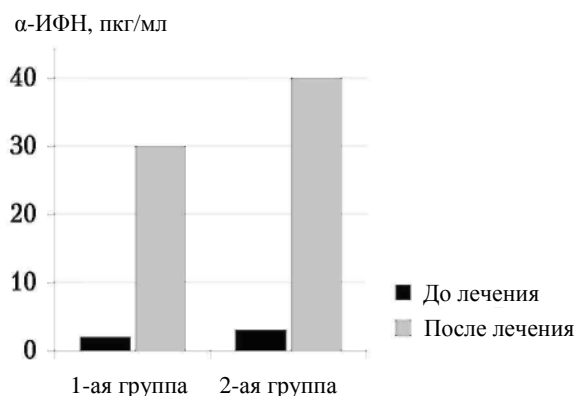


Рис. 1. Динамика интерферогенеза у больных ХВГ-С под влиянием предложенных лечебных комплексов

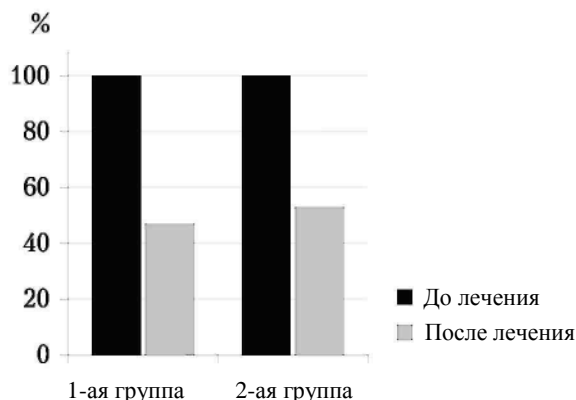


Рис. 2. Динамика снижения вирусологической нагрузки у больных ХВГ-С под влиянием предложенных лечебных комплексов

в частности незначительное преимущество по восстановлению функционального состояния печени и снижению уровня ВН у больных второй группы.

После лечения у пациентов обеих групп наблюдали улучшение клинического течения заболевания, о чем свидетельствовало достоверное уменьшение астенического ($p < 0,001$), диспепсического ($p < 0,001$) и болевого абдоминального ($p < 0,05$) синдрома наряду с уменьшением болезненности при пальпации правого подреберья ($p < 0,05$). Выявлена тенденция ($p > 0,05$) к уменьшению проявлений артралгического синдрома.

У большинства больных установлено улучшение функционального состояния печени. Так, через 6 мес. с начала лечения было достигнуто достоверное ($p < 0,05$) устранение признаков цитолитического синдрома, достоверное ($p < 0,02$) нормализации показателей липидного обмена. Только у больных второй группы выявлено достоверное устранение ($p < 0,05$) признаков холестатического и мезенхимально-воспалительного синдромов.

У большинства больных в течение 6 мес. лечения произошло достоверное ($p < 0,05$) восстановление показателей ПОЛ и АОЗ, достоверный ($p < 0,05$) рост уровня суммарного α -ИФН. Однако достоверной нормализации иммунологических нарушений в течение лечения не обнаружено.

В конце лечения у 50,9% пациентов обеих групп было зафиксировано снижение уровня ВН в среднем на 2 Ig копий/мл. Анализ результатов исследования РНК HCV ПЦР выявил преимущество уменьшения уровня ВН у больных второй группы (у 53,8% против 48,1% в первой группе) (рис. 2).

Анализ данных УЗИ органов брюшной полости, проведенный через 6 мес после начала лечения, выявил одинаковую динамику улучшения состояния органов гепатопанкреатобилиарной зоны у больных обеих групп. У 26,4 % больных были достигнуты нормализации

размера печени и восстановление ее экзогенности, в 32,1% - уменьшение размера стенок желчного пузыря и исчезновение неомогенного содержимого в нем. Положительная динамика ультразвуковых показателей отмечена у всех больных с сопутствующим хроническим панкреатитом. Так, у 15,1% обследованных контуры железы стали четкими, ровными, экзогенность была равномерно повышена.

Полученные результаты подтверждают, что привлечение природных ресурсов и преформированных физических факторов в лечение больных ХВГ-С, которые не могут получать ПВТ, является альтернативным способом терапии этой категории пациентов. Разработанные комплексы лечения можно использовать на стационарном, поликлиническом, санаторно-курортном этапах лечения, а также в домашних условиях при наличии у больных необходимых портативных аппаратов.

Внедрение в практику лечения больных ХВГ-С предложенных лечебных комплексов будет способствовать повышению эффективности терапии, нормализации функционального состояния органов гепатобилиарной зоны, снижению уровня ВН и предотвращению прогрессирования фиброза, развития цирроза, возникновению гепатоцеллюлярной карциномы у этой категории пациентов.

Выводы

У больных ХВГ-С (генотип 1b, фаза репликации) до начала лечения чаще всего определяются клинические признаки астенического (90,5%) и диспепсического (64,1%) синдромов, нарушения функционального состояния печени (наличие цитолитического (60,3%), мезенхимально-воспалительного (43,3%), холестатического (41,5%) синдромов) наряду с повышением экзогенности печени (75,4%) и гепатомегалией (64,1%). У большинства обследованных выявлено снижение уровня эндогенного α -ИФН, преобладание

процессов свободнорадикального окисления липидов, снижение общей антиоксидантной активности, изменения иммунологических показателей.

Применение внутреннего приема МВ и процедур микроволновой терапии в течение 6 мес лечения у больных, не получавших ПВТ, способствовало достоверному уменьшению признаков астенического ($p < 0,001$), диспепсического ($p < 0,001$) и болевого абдоминального ($p < 0,05$) синдромов, цитолитического синдрома ($p < 0,05$), нормализации показателей ПОЛ и АОЗ ($p < 0,05$), стимуляции интерферогенеза ($p < 0,05$), что в целом позволило у 48,1% больных достичь снижения уровня ВН на 2 lg копий/мл.

Комплексное применение МВ, микроволновой и виброакустической терапии в течение 6 мес лечения у больных, не получавших ПВТ, способствовало достоверному уменьшению признаков астенического ($p < 0,001$), диспепсического ($p < 0,001$) и болевого абдоминального ($p < 0,05$) синдромов. восстановлению функционального состояния печени, о чем свидетельствовало достоверное ($p < 0,05$) устранение признаков цитолитического, холестатического, мезенхимально-воспалительного синдромов, достоверная ($p < 0,05$) нормализация показателей ПОЛ и АОЗ, стимуляция интерферогенеза ($p < 0,05$). Это позволило у 53,8% больных достичь снижения уровня ВН на 2 lg копий/мл.

Список літератури

1. Богомолов П.О., Буеверов А.О., Дубинина Н.В. и др. Эффективность лечения больных хроническим гепатитом С с 1-м генотипом вируса стандартным интерфероном альфа // Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. — 2011. — № 6. — С. 17—22.
2. Возианова Ж.И. Вирусные гепатиты в структуре хронической патологии печени // Сучасні інфекції. — 2007. — № 4. — С. 22—26.
3. Гепатиты. Рациональная диагностика и терапия / Под ред. М. Фукса; Пер. с нем. под ред. А.О. Буеверова. — М.: Геотар-медиа, 2010. — 240 с.
4. Драгомирецька Н.В., Калініченко М.В., Іжа Г.М. та ін. Застосування природних та преформованих фізичних чинників у диференційованому комплексному лікуванні хворих на хронічний вірусний гепатит С: Методичні рекомендації. — Одеса, 2012. — 24 с.
5. Драгомирецька Н.В., Калініченко М.В., Іжа Г.М. та ін. Ефективність застосування мінеральної води «Вознесенська» та препарату Урсофальк у хворих на цукровий діабет типу II із супутнім неалкогольним стеатогепатитом // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. — 2011. — № 2 (66). — С. 11—15.
6. Ковеленов А.Ю. Применение аппарата «Витафон-ИК» в комплексной терапии больных хроническими вирусными гепатитами В и С // Тезисы III Междунар. конф. «Виброакустика в медицине». — СПб, 2004. — С. 244.
7. Пономаренко Г.Н., Обрезан А.Г. Физиотерапия заболеваний печени и желчевыводящих путей // Физиотерапевт. — 2007. — № 4. — С. 55—65.
8. Серебряков С.Н., Серебрякова З.В. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями печени // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2010. — № 4. — С. 44—51.
9. Скрипник І.М., Мельник Т.В., Потяженко М.М. Клінічна гепатологія: навчальний посібник. — Полтава: Дивосвіт, 2007. — 424 с.
10. Федорченко С.В. Хроническая HCV-инфекция. — К.: Медицина, 2010. — 272 с.
11. Ide T, Hino T, Ogata K. et al. A randomized study of extended treatment with peginterferon alpha-2b plus ribavirin based on time to HCV RNA negative-status in patients with genotype 1b chronic hepatitis C // Gastroenterology. — 2009. — Vol. 104. — P. 70—75.
12. Urbánek P. Treatment of chronic hepatitis C virus infection at the beginning of a new era // Vnitřní Lékarství. — 2013. — Vol. 59, N 7. — P. 612—617.

А. Н. Ижа, Н. В. Калиниченко

ГУ «Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии МЗ Украины», Одесса

Методы альтернативного лечения больных хроническим вирусным гепатитом С

Цель — изучить эффективность комплексного применения маломинерализованной гидрокарбонатно-сульфатно-хлоридно-натриевой минеральной воды (МВ) «Вознесенская», процедур виброакустической и микроволновой (сверхвысокочастотной) терапии у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГ-С), которые не получают стандартную противовирусную терапию

Материалы и методы. Использованы следующие методы: анамнестический, клинический, параклинические (биохимические, серологические, иммуноферментные, молекулярно-генетическое исследование

крови), ультрасонографическое исследование органов пищеварения, статистические. В динамике было обследовано 53 больных ХВГ-С. Все больные получали базовый курс лечения - диета № 5 мелкая, МВ по 200 мл трижды в сутки за 30-40-60 мин до еды (в зависимости от состояния кислотообразующей функции желудка) в течение 2 мес. Первая группа больных (n = 27) дополнительно получала процедуры микроволновой терапии по акупунктурной методике, вторая группа (n = 26) – процедуры микроволновой и виброакустической (аппарат «Витафон») терапии в течение 6 мес. Оценку эффективности лечения проводили через 6 мес от начала лечения.

Результаты. После лечения у всех больных выявлено достоверное ($p < 0,001$) уменьшение клинических проявлений астенического, болевого и диспепсического синдромов, стимуляцию уровня эндогенного α -интерферона ($p < 0,001$), нормализацию показателей перекисного окисления липидов и системы антиоксидантной защиты. Оценка функционального состояния печени и вирусологической нагрузки (ВН) показала преимущество лечения во второй группе (достоверное нивелирование признаков цитолитического, холестатического и мезенхимально-воспалительного синдромов) в отличие от больных первой группы, у которых сохранялись признаки холестатического и мезенхимально-воспалительного синдрома. Снижение уровня ВН на 2 lg копий/мл установлено у 53,8% больных второй и 48,1% больных первой группы.

Выводы. Применение МБ, процедур микроволновой и виброакустической терапии у больных ХВГ-С способствует возникновению клинико-биохимической ремиссии заболевания и уменьшению уровня ВН, что значительно уменьшает риск прогрессирования фиброза, развития цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы у этой категории пациентов.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, минеральная вода, микроволновая терапия, виброакустическая терапия.

Контактная информация
Ижа Анна Николаевна, ст. науч. сотр.
65016, г. Одесса, ул. Репина, 7
E-mail: izhaanna@mail.ru

Статья поступила в редакцию 14 ноября 2014 г.