



Оценка целесообразности внедрения «бегущего» магнитного поля в комплексное лечение больных хроническим панкреатитом.

Актуальность выбора эффективного лечения хронического панкреатита чрезвычайно высока, так как заболевание имеет высокую распространенность, поражая до 5% населения.

Хроническим считается панкреатит, при котором сохраняются морфологические изменения в поджелудочной железе и выраженные изменения ее секреторной функции после прекращения воздействия этиологического фактора. Заболевание возникает вследствие тех же причин, что и острый панкреатит, но может развиваться (минуя острую стадию!) на фоне нарушения обменных процессов или при приеме некоторых лекарственных препаратов (глюкокортикоидных гормонов, тиазидовых диуретиков, некоторых наркотических препаратов, нестероидных противовоспалительных средств), что следует учитывать при лечении сопутствующей патологии. Не секрет, что во время обострения процесса, значительно снижается качество жизни пациентов. Такие пациенты привлекают внимание врачей из-за наличия абдоминального болевого синдрома и диспепсии.

Цель исследования: оценка эффективности применения магнитотерапии при лечении хронического панкреатита. За время исследования в период с марта 2010 года по июль 2011 года под наблюдением находилось 74 пациента (34 женщины и 40 мужчин средний возраст $52 \pm 4,3$ года). Средняя длительность заболевания хроническим панкреатитом составила $7,04 \pm 3,3$ лет.

В клинической симптоматике ведущими синдромами были:

- болевой - 69 (93,2%) больных с типичной локализацией боли в правом подреберье, эпигастрии, левой и правой подвздошных областях;
- диспепсический - 54 (72,9%) – вздутие, урчание в животе, тошнота, отрыжка, дисфункцией кишечника в виде запора или диареи;
- астеноневротический – 65 (87,8%) – повышенная утомляемость, раздражительность, нарушения сна, общая слабость.

Больные были распределены на две группы. В контрольной группе 29 пациентов (16 женщины, 13 мужчин) получавших традиционное лечение: лечебный стол №5п (механическое, физическое и химическое щажение) и дифференцированное назначение лекарственных препаратов, в зависимости от ведущего клинического синдрома, этапа развития заболевания и его этиологии в соответствии с протоколом ведения больных хроническим панкреатитом.

Больные второй группы 45 человек (21 женщина, 24 мужчины) на фоне той же диеты и аналогичного подхода при назначении лекарственной терапии, получали процедуры «бегущего» импульсного магнитного поля аппарата «АЛМАГ-01» (РУ №ФСР 2007/00136 от 14.12.2009г.). Индукторы аппарата размещали северной стороной к поверхности тела на проекцию поджелудочной железы. Амплитудное значение магнитной индукции на рабочей поверхности катушек 20 ± 6 мТл, длительность импульса

- 1,5-2,5 мс, частота следования импульсов магнитного поля в каждой из катушек - 6,25 Гц, время воздействия 22±1 мин. На курсе лечения назначалось 14 ежедневных процедур.

Перед началом лечения больным у всех больных проводилось стандартное клиническое исследование: однократно общий анализ крови, общий анализ мочи, общий билирубин и фракции, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза, амилаза крови, липаза крови, копрограмма, сахар крови. В случае обнаружения отклонения анализов от нормы, проводился контрольный забор анализов для оценки динамики и контроля терапии. Всем пациентам при поступлении проводилось УЗИ органов брюшной полости (комплексно) и двукратно УЗИ поджелудочной железы.

Болевой синдром оценивался по 100-миллиметровой шкале ВАШ, а качество жизни по опроснику GSRS, предназначенному для оценки качества жизни больных желудочно-кишечными заболеваниями, адаптированном для России МЦИКЖ г. Санкт-Петербург.

Результаты исследования.

При оценке качества жизни при поступлении отмечены следующие показатели. У больных контрольной группы оценка качества жизни соответствовала интенсивности ВАШ $7,5 \pm 0,8$, в основной группе - $7,8 \pm 0,3$ (9 баллов), а суммарная оценка по GSRS составляла в первой группе 58 баллов, во второй - 63. Эти показатели соответствовали снижению качества жизни средней степени.

Отмечено, что чёткая корреляция выраженности болевого синдрома и изменений лабораторных показателей отсутствовала. При обострении процесса в поджелудочной железе, в периферической крови наблюдался умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, не превышающий $11,5 \times 10^9/\text{л}$. Причём, данные изменения присутствовали в крови всего у 9 (12,2%) пациентов. Ведущим маркёром, свидетельствующим о наличии активного воспалительного процесса в поджелудочной железе явился повышенный уровень амилазы крови в двух группах - $142,8 \pm 8,4$, $150,1 \pm 9,3$ соответственно, при нормальном уровне $72,5 \pm 13,6$ ед/л, $p < 0,05$).

Метод ультразвуковой диагностики позволил выявить очаговое или диффузное увеличение железы до лечения у 62 (84,7%) (24 больных в первой группе и 38 больных во второй). Помимо увеличения размеров отмечено изменение контуров поджелудочной железы, визуализация и/или неравномерное расширение Вирсунгова протока, наличие псевдокист и кальцинатов по ходу протока или в толще паренхимы.

При выполнении контрольного ультразвукового обследования отмечено снижение размеров поджелудочной железы до нормы, в первую очередь за счёт снятия отёка у 9 (37,5%) больных первой группы, и 21 (55,3%) больных второй группы, а у 8 из 62 больных - меньше нормы.

До назначения терапии интенсивность болевого абдоминального синдрома в группах достоверно не отличалась и составляла в среднем $7,4 \pm 0,9$ по шкале ВАШ. На фоне терапии в обеих группах наметилась тенденция к уменьшению выраженности болевого абдоминального синдрома, начиная с 3-х суток лечения, но динамика снижения болевого синдрома в первой группе была несколько лучше. К 3-м суткам лечения средняя интенсивность болевого абдоминального синдрома снизилась до 6,5 ($p > 0,05$), а во второй до 5,8 ($p > 0,05$) баллов. При оценке болевого синдрома на момент выписки пациентов его средняя интенсивность в первой группе составляла $3,7 \pm 0,6$ во второй - $3,5 \pm 0,4$, то есть была статистически неотличима.

Отмечена положительная динамика со стороны содержания амилазы крови и мочи. Содержание панкреатической амилазы крови к моменту окончания лечения снизилось практически до нормы ($72,5 \pm 13,6$ ед/л) в первой группе - $74,4 \pm 11,3$ во второй и $71 \pm 9,5$ ед/л - во второй.

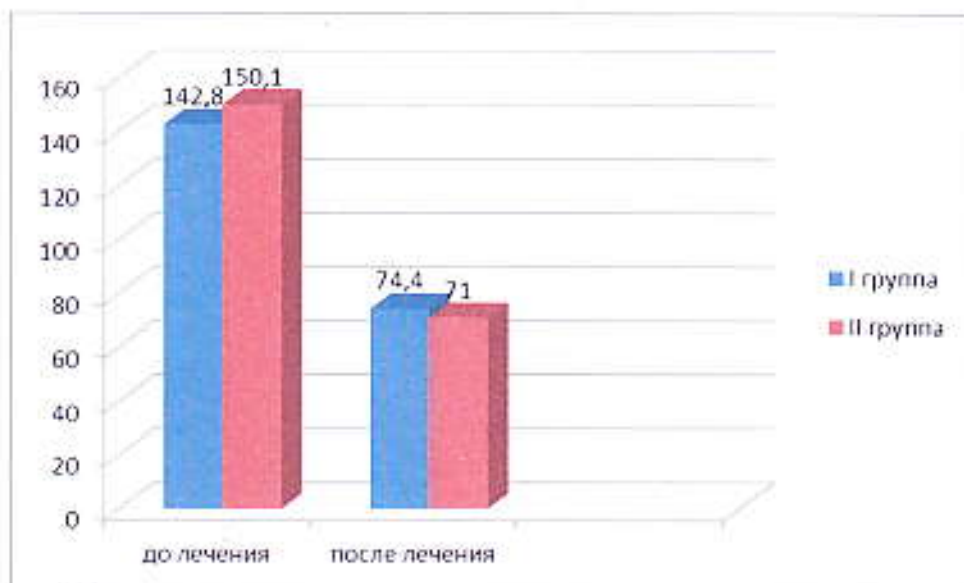


Рисунок 1 Уровень амилазы крови

При выписке из стационара астено-невротический синдром в меньшей степени интенсивности сохранился у 7 (24,1%) больных первой группы, и у 6 (13,3%) больных во второй группе.

Суммарная оценка по GSRS на момент окончания лечения составляла в первой группе 25 баллов, во второй группе 20 баллов.

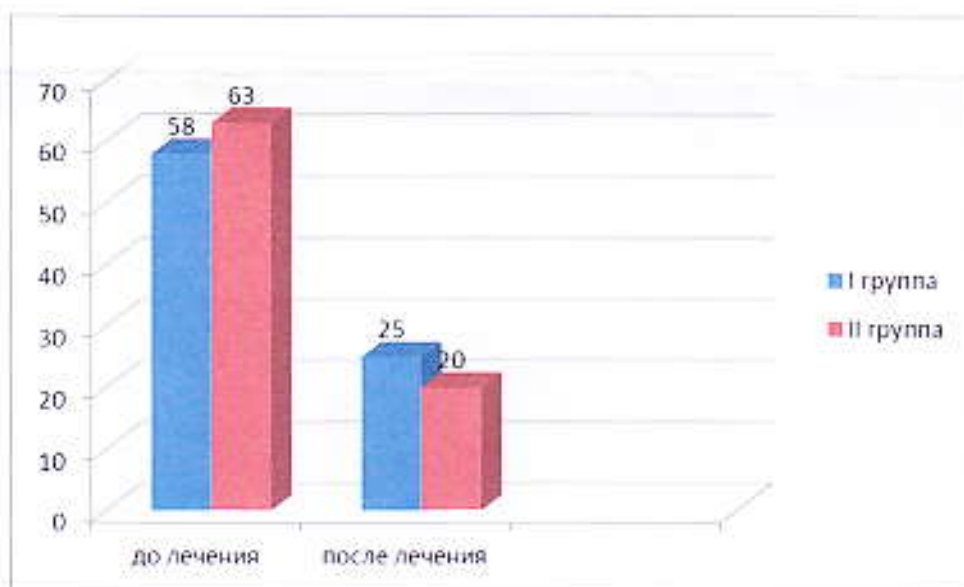


Рисунок 2 Оценка по GSRS

Выводы.

Полученные результаты свидетельствуют, что внедрение «бегущего» импульсного магнитного поля аппарата «Алмаг-01» в комплексное лечение хронического панкреатита повышает эффективность лечения, что характеризуется более позитивной динамикой контрольных показателей, включая оценку качества жизни, что на наш взгляд играет не менее важную роль с данными объективного обследования.

При проведении процедур магнитотерапии не отмечено побочных эффектов, что позволило применять ее, в том числе и пациентам с сопутствующими заболеваниями. В связи с тем, что у ряда пациентов первой группы не достигнуты нормальные биохимические показатели и размеры поджелудочной железы, пациентам рекомендовано

продолжение курса магнитотерапии по месту жительства, с возможностью проведения процедур в домашних условиях самими пациентами, так как аппарат может применяться самостоятельно в домашних условиях.

На наш взгляд целесообразно оценить возможность уменьшения применения лекарственных препаратов для купирования болевого синдрома - ингибиторов протонного насоса, блокаторов H₂-рецепторов, а также спазмолитических препаратов для купирования астеноневротического синдрома на фоне применения «бегущего» импульсного магнитного поля. На основании полученных данных мы полагаем бы целесообразным включение в лечебный процесс «бегущее» импульсное магнитное поле с целью повышения качества лечения больных хроническим панкреатитом в стационарных и амбулаторных условиях.

Заведующий физиотерапевтическим
отделением, к.м.н.

Сифоркина Л.Н.