

Опубликовано в: Рефлексотерапия №3, 2005. с. 52-57.
Автор(ы): Зайдинер Б.М., Лян Н.В.
Название статьи: СКЭНАР-терапия в паллиативной онкологии
Ключевые слова: СКЭНАР-терапия, паллиативная терапия, онкологические заболевания
Аннотация:

Паллиативная специализированная терапия (ПТ) неизлечимо больных решениями Всемирной организации здравоохранения определена приоритетным направлением онкологии. Представив ранее перечень потребительных программ ПТ, в настоящей работе авторы показали место приложения результаты использования и пути интеграции СКЭНАР-технологий в систему этих подходов. Основу работы составляет также предложенная авторами блок-схема взаимосвязей между компонентами клинической картины далеко зашедших онкозаболеваний. Представлены некоторые биофизические и иммунологические характеристики астеногиподинамического синдрома (АГДС - fatigue) позволивших выработать рекомендации для СКЭНАР, а также рефлексотерапевтического пособия больным с генерализованной онкопатологией. Оценены результаты использования СКЭНАР-терапии для детоксикации, купированию хронического болевого синдрома, проявлений АГДС, дыхательной недостаточности, внутриполостных выпотов, анемической кардиопатии, инфекционных осложнений, а также в борьбе с опухолевыми язвами.

СКЭНАР-ТЕРАПИЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ОНКОЛОГИИ

Применение приборов СКЭНАР в онкологии трудная и, весьма мягко выражаясь, не самая отрадная глава, хотя известно, что всем изобретаемым в физике пробовали лечить рак и, по аналогии, потенциал нейроадаптационных регуляторов напрашивалось оценить именно на скорбном контингенте опухоленосителей.

Онкологические заболевания прочно удерживают 2 е место в структуре общей заболеваемости и смертности. ВОЗ обозначила 4 приоритетных направления противораковой борьбы. Одним из них (наряду с первичной профилактикой, ранней диагностикой, адекватным лечением) признано облегчение страданий больных, реализуемое в русле паллиативной терапии.

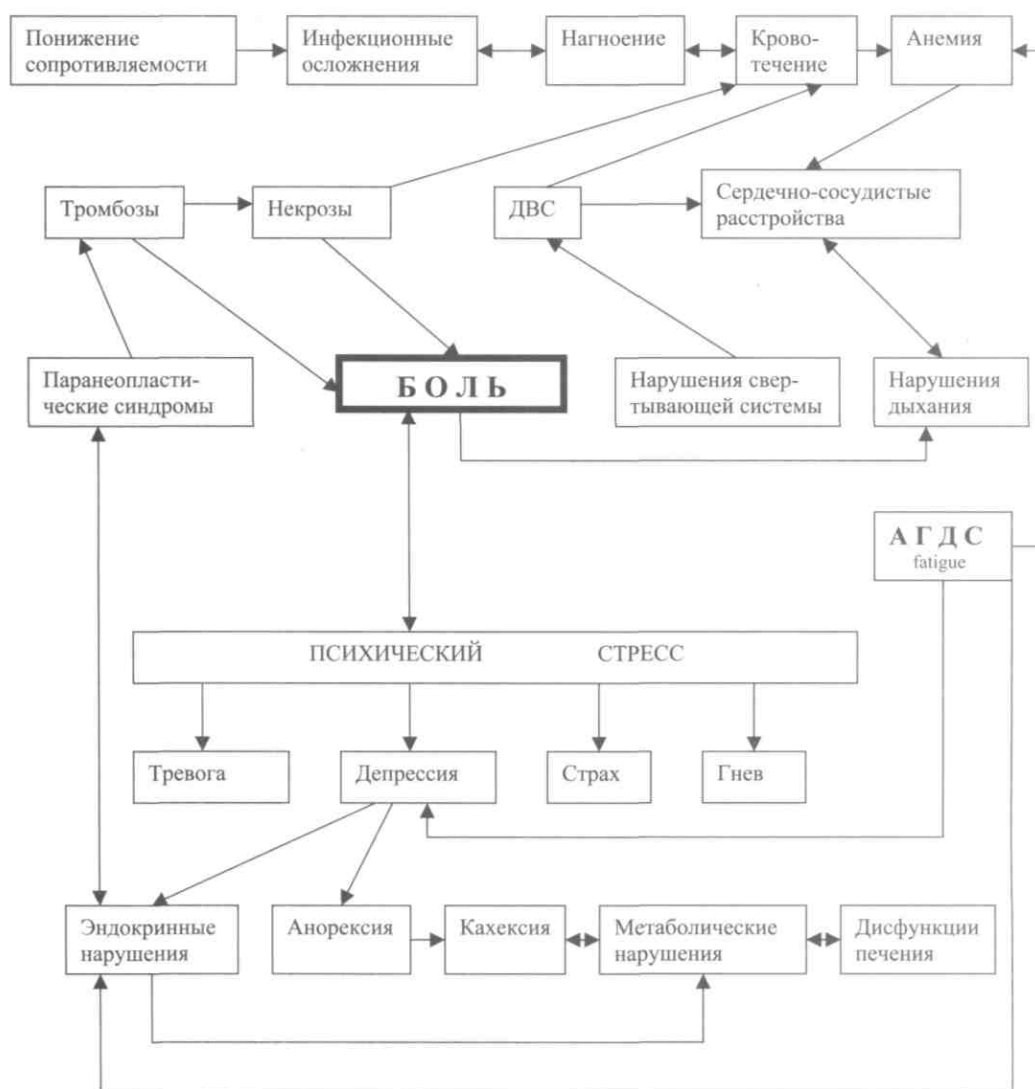
Паллиативная терапия (ПТ) — всеобщая активная помощь больному и семье, обеспечиваемая группой («командой») специалистов в ситуациях, когда заболевание далеко зашло и прогрессирует, прогноз ограничен, а цель лечения - обеспечить лучшее КАЧЕСТВО ЖИЗНИ (Twycross, Frampton, 1992). Задачи ПТ можно представить, ознакомившись со схемой компонентов клиники далеко зашедшего неопластического процесса, структурированной нами в их взаимосвязи.

ПТ стремится облегчить тягостные проявления болезни, и в этом стремлении:

- утверждает жизнь, воспринимая умирание как естественный процесс;
- освобождает пациента от боли, других мучительных симптомов;
- предоставляет систему поддержки (психологическая, социальная, духовная помощь), чтобы больной жил настолько активно и творчески, насколько это возможно для него;
- воспринимая больного и семью как целостный объект заботы, предлагает систему поддержки семье на время болезни и в период утраты (Зайдинер, 1995).

Цель — разработать и предложить СКЭНАР-пособие неизлечимым онкобольным, оценить ее эффективность в клинике паллиативной онкологии, адаптировать СКЭНАР-технологии для оценки астеногиподинамического синдрома.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ОНКОПАТОЛОГИИ: ВЗАИМОСВЯЗИ КОМПОНЕНТОВ



Материал и методы

Работа включает данные о 237 больных (женщин 128, мужчин 109) в возрасте от 24 до 78 лет (средний возраст $52,3 \pm 12,4$ года) с морфологически верифицированными генерализованными злокачественными опухолями (I клиническая группа); больные подлежали исключительно паллиативному лечению.

Нозологические формы заболеваний: рак молочной железы — 47, злокачественные опухоли легкого — 39, опухоли желудка — 34, толстой кишки — 27, мягких тканей — 19, злокачественные опухоли тела/шейки матки — 18, прямой кишки — 15, опухоли печени, желчного пузыря — 11, опухоли почки — 9, генерализованная онкопатология без выявленного первичного очага — 7, опухоли поджелудочной железы — 3, мочевого пузыря, брюшной полости, забрюшинного пространства по 2, лимфолейкоз, неопластическая лимфаденопатия — по 1 больному.

Все пациенты получали СКЭНАР-терапию по стандартной технологии. У 43 из них, кроме того, изучены биофизические характеристики астеногиподинамического синдрома (АГДС; fatigue - не вполне однозначный термин зарубежной литературы, которым пользуются и для описания СХУ - chronic fatigue syndrome). Это обследование реализовали в рамках СКЭНАР-технологии, измеряя кожную электропроводность с помощью общепринятого метода Накатани на репрезентативных точках: данный метод позволяет

оценить функциональное состояние отдельных органов, отождествляя его повышение и понижение.

При далеко зашедшей онкопатологии клиническую картину во многом определяют расстройства иммунного статуса. Прежде всего они обуславливают инфекционные осложнения - самую частую причину смерти опухолевых больных. Поэтому интересным представлялось изучить иммунологические показатели, что было реализовано у 34 больных исследуемой группы с помощью общепринятых методов (иммунограмма 2-го уровня по Петрову-Чередееву)

Результаты

С декабря 1999 г. по июнь 2004 г. в контексте общепринятых программ паллиативной помощи СКЭНАР-терапию выполнили у 6 больных, оценив эффект больных (3 умерли до завершения планировавшихся мероприятий).

Результаты измерений по Накатани выявили значительное ($p < 0,05$) снижение активности меридианов пищеварительного тракта и легкого. Показатели по этим меридианам не достигали 20 условных единиц, тогда как у здоровых людей они превосходят уровень 40...50.

Отмечено снижение функции почек.

Границы «физиологического коридора» у наших пациентов тоже характеризовались значениями, которые гораздо меньше, нежели у здоровых лиц.

Хроническая боль. В симптомокомплексе генерализованной онкопатологии ведущее место занимает боль — затяжная, прогрессирующая, необратимая. Человек, пораженный хронической болью даже неонкогенной природы, становится психически ущербным; мозг, перегруженный длительно поступающей ноцицептивной импульсацией, перестает управлять процессами гомеостаза.

Стратегия болеутоления - согласованное и последовательное использование ряда лечебных процедур применительно к ситуации конкретного пациента.

До лечения пациенты страдали от болей 3...6 недель (в 3 случаях - свыше 2 месяцев) и в постоянном режиме получали анальгетики; троим из них впрыскивали препараты с наркотическим потенциалом.

Лечебный курс состоял, как правило, из 9...10 процедур. В ходе сеанса аппарат воздействовал на кожные проекции болезненных очагов в течение 1...15 минут и на соответствующие паравerteбральные зоны по 2...3 минуты. Боль смягчалась у 165 (85%) из 194 больных, которым выполняли анальгетический курс; почувствовав это, они обычно снижали потребление фармпрепаратов, у них повышались аппетит, физическая активность, удлинялся сон.

Достигнутый эффект сохранялся от 3 недель до 8 месяцев - срок определялся наступлением смерти.

Практически всех пациентов удалось избавить от тяжелых болевых страданий, причем анальгетики наркотического ряда были необходимы в считанных случаях лишь на последние сутки жизни.

У 29 пациентов существенное улучшение не наблюдалось (у четырех из них курс оказался слишком коротким: его прервала смерть... Штрих клинической картины без слов помогает понять, каких страдальцев лечили СКЭНАРом.)

Клинический пример - случай опухоли правой подвздошной кости у мужчины 57 лет. Боли локализовались по ходу седалищного нерва, сопровождалась дистрофией мышц, болевой анамнез превышал 4 месяца. СКЭНАР-терапия помогла с первого сеанса, через несколько процедур пациент отказался от лекарственного болеутоления (ранее вводили трамал); убедившись в возможностях препарата, приобрел его и самостоятельно продолжил курс. Эффект оставался вполне удовлетворительным 3 месяца, затем больной исчез из-под наблюдения.

Инттоксикация. Ее обуславливают как далеко зашедшее новообразование, так и

побочные эффекты специфического лечения. Для купирования обрабатывали зоны общего воздействия (над остистыми отростками позвонков, паравертебральные области, точки выхода ветвей тройничного нерва на поверхность лицевого черепа шейно-воротниковая, надлобковая и межъягодичная области, передняя брюшная стенка по квадрантам) и связанные с функцией органов, участвующих в детоксикации (почки, печень, кишечник, поджелудочная железа). Лечебный курс провели 23 больным, 20 (87%) отметили улучшение, у 15 из них его удалось объективизировать данными оценки маркера интоксикации - пептиды средней массы.

Дыхательные расстройства - здесь СКЭНАРом лечили 17 больных. Рефлекторное влияние на центры регуляции (шейно-воротниковая область, позвоночник и др.) смягчило симптомы у 14 (82%) больных.

Анемические кардиопатии, осложнявшие генерализованную онкопатологию у 36 наших пациентов. Признаки расстройств купировали по правилам СКЭНАР-технологии, выравнивая показатели основных параметров сердечно-сосудистой системы. Улучшение получили 29 (81%) больных, у 9 из них несколько повысились показатели гемопоза.

Выпоты. Противоотечные свойства прибора позволили помочь 7 из 12 (58%) больных, чье состояние отягощал асцит: жидкость прекращала накапливаться, у 3 больных уменьшился объем живота. Аналогичное действие наблюдали у больного с отеком мозга; его нельзя рассматривать в качестве окончательного аргумента, но, с другой стороны, нельзя и отвергнуть.

Инфекционные осложнения. Ключевой фактор их развития - дисфункции защитной системы. Памятуя об этом, оценили показатели иммунного статуса и их динамику под влиянием СКЭНАР терапии. У больных исследованной группы выявлено снижение CD3-популяции Т-лимфоцитов (более выражен дефицит Т-хелперной субпопуляции, CD8-субпопуляция умеренно повышена). Отчетливо падало количество натуральных киллеров (CD 16), подтверждая тяжесть состояния. В кровотоке повышено содержание лимфоидных клеток, экспрессирующих активационные маркеры ранней (CD25) и поздней (CD95, HLA DR) активации. Гуморальное звено — гиперглобулинемия (IgA); высокая концентрация ЦИК. Патологию нейтрофильного звена демонстрировало снижение адаптационных резервов фагоцитарной системы: при этом стимуляция клеток слабо повышает активность окислительно-восстановительных процессов.

Сеансы с включением областей грудины, надпочечников, икроножных мышц и др. «зон иммуномодуляции» улучшали общее состояние и иммунный статус у 16 из 26 (62%) больных, которым терапия была проведена по данному поводу. СКЭНАР-терапия позволяла значительно ($p < 0,01$) улучшить показатели CD16, CD25, ЦИК.

Распад опухолевых язв - от него страдали 11 пациентов, их состояние отягощали периодические кровотечения. Аппаратом обрабатывали патологические очаги и зоны общего воздействия. У 8 больных (72%) после 4...5 сеансов прекращались выделения крови и гнилостно-ихорозной жидкости, патологические очаги подсушивались, исчезал неприятный запах; На 8...9 сеансе у 2 больных отмечена тенденция к сокращению размеров очага.

Невротические расстройства. У 17 больных со слабой и умеренно выраженной симптоматикой исчезали проявления тревожности, нормализовался сон.

Обсуждение

ПТ признана одним из приоритетных направлений онкологии.

Программы ПТ многочисленны (включая варианты специфического лечения): активационная терапия, детоксикация, фармако- и магнитоиммунореабилитация, метаболическая терапия, гомеопатия и гомотокси-кология, психокоррекция, фитотерапия, гепатопротекторы и т. д.; предприняв специальный поиск, удалось отождествить 18 пунктов этого списка. Настоящая работа представляет точки приложения и пути интеграции СКЭНАР-технологий в паллиативные программы на основе структурированного авторами взаимодействия между компонентами клинической картины далеко зашедших опухолей.

Особое внимание уделено купированию хронического болевого синдрома — ключевому звену ПТ — а также астеногиподинамическому синдрому, которым страдают 80% онкологических больных, на далеко зашедших стадиях показатель еще выше - 96%.

Диапазон ощущений при АГДС простирается от утомления («tiredness» англоязычных авторов) до истощения («exhaustion»). АГДС отчетливо ухудшает качество жизни больного, отнимая силы, необходимые для повседневных личностных, профессиональных и социальных функций. У больных наблюдали явления невротической депрессии: повышенную раздражительность, эмоциональную неустойчивость.

Обнаруженное в настоящей работе снижение границ «физиологического коридора» отличает АГДС онкогенной природы от синдрома хронической усталости, где, по нашим данным, границы достигают уровня 30..40 (лишь немного уступая норме), а общее энергетическое состояние снижено за счет недостаточной функции поджелудочной железы — главного генератора «питающей» энергии организма.

В соответствии с концепциями традиционной китайской медицины, такое снижение принято относить на счет:

1. Угнетения питательных функций организма, которые управляются органами желудочно-кишечного тракта и легкими;
2. Опустошения ресурсов энергии организма, контролируемых почками.

Отмеченное истощение резервов иллюстрируют данные об энергетическом фонде человека, который у здоровых людей составляет 725800 ккал/кг, а в процессе развития онкопатологии даже столь большой запас исчезает.

Полученные нами результаты подтвердили, во-первых, мысль Ю.В. Горфинкеля: «При значительных приспособительных реакциях¹ страдает энергопитание всего организма и за счет недостатка энергии ухудшается проведение информации», а во-вторых - сугубую адекватность СКЭНАР-терапии у больных АГДС онкогенной природы, поскольку фраза «Основная точка приложения СКЭНАРа — энергетические процессы» звучит на 1-й лекции вводного курса СКЭНАР-технологий. Лечебные программы целесообразно дополнить рефлексотерапевтическим воздействием, нормализуя состояние меридианов легкого, почки, толстого и тонкого кишечника.

В ходе курса противоболевой фармакотерапии даже при адекватно подобранной программе возникают эпизоды внезапных обострений болевого синдрома, как бы прорывая уже сформированный барьер. Природа такой «боли прорыва» связана либо с ноцицепцией, когда боль можно отнести на счет движений тела, переноски какого-то предмета и т.д., либо с нейропатическими расстройствами, когда внезапно возникают стреляющие, режущие, дергающие ощущения.

«Боль прорыва» остается серьезной клинической проблемой, часто вынуждающей повышать дозы опиатов, усугубляющей нервно-психические расстройства у больных. Она ухудшает качество жизни. Для ее купирования предложили ряд методов, что само по себе свидетельствует о недостаточной эффективности. На XIII конференции многонациональной ассоциации «Сопровождающая помощь при раке» (Копенгаген, июнь 2001 г.), где был представлен доклад о СКЭНАР-терапии, применение последней в борьбе с «болью прорыва» сразу вызвало интерес, предлагали даже выполнить клинические испытания по общепринятой процедуре. После конференции у 8 пациентов с такими болями провели предварительное изучение работы СКЭНАРа; у 6 больных (75%) результаты оказались удовлетворительными.

Работы по лечению боли отводят электротерапии «экологическую нишу», предельно скромные размеры которой практически не изменились с 1965 г., когда Melzack & Wall представили «Gate Control» теорию, до наших дней. Хотелось бы надеяться, что СКЭНАР, придя на смену ЧЭНСам многочисленных вариаций, поможет расширить эту нишу.

Реализации большинства современных методов электротерапии препятствуют

¹ Под приспособительными реакциями автор понимает степень тяжести заболевания
Материал из электронной библиотеки ЗАО «ОКБ «РИТМ»
www.lib.scenar.com.ru

процессы привыкания - импульсный ток. СКЭНАРа благодаря высоким амплитуде и крутизне импульса, а также биологическое обратной связи (по изменению электрокожного импеданса) нивелирует эти процессы и лучше, чем стимулы общепринятых технологий, соответствует физиологическим закономерностям регуляции. Энергия импульсов достаточна для возбуждения тканей центральной вегетативной нервной системы с мобилизацией адаптивных резервов организма. Эффективность приборов СКЭНАР-терапии объясняется тем, что с их помощью происходит восстановление информационно-энергетической сущности ослабленных систем организма, достигаемое за счет активации клеточных мембран, внутриклеточных белковых подструктур с помощью колебательно-волновой природы резонанса энергетического обмена. СКЭНАР-терапию можно считать биоадекватным методом воздействия. Под биоадекватность понимают использование таких значений энергии полей, которые наблюдаются при нормальном функционировании организма. Носителями биоинформации между объектами окружающего мира, в том числе и человека, являются сверхнизкие энергетические электромагнитные волны (менее 10^{-5} Вт/см²) с длиной волны до 7,1 мм в диапазоне крайне высоких частот (КВЧ). По современным представлениям, чем меньше энергия таких воздействий, тем она физиологичнее. В используемом диапазоне 05...75 Мвт обычно работают на уровне 10... 15 Мвт.

Улучшению результатов СКЭНАР-терапии способствует развитое методологическое обеспечение. Работы А. Н. Ревенко и других авторов позволили составить представление о СКЭНАР-терапии как сформированной комплексной дисциплине; ее самостоятельность определяют теоретическая концепция, объект изучения, специфические методы экспертизы, контроля, лечения.

Информационная концепция расширила онкологические возможности СКЭНАР-терапии, не ограниченные рамками паллиативных программ.

Здесь упомянем наблюдение З. К. Милькевич и И. В. Семикатова (Екатеринбург): больному проводили СКЭНАР-терапию по поводу хронического болевого синдрома (дорсалгии), вызванного метастазами в позвончике; при контрольном исследовании через месяцев врач-рентгенолог не обнаружил костно-деструктивные изменения в 8-м грудном позвонке (где литический метастаз обусловил патологический перелом), даже усомнившись в основном диагнозе.

Более развернутый и впечатляющий клинический пример.

Катя К., 6 лет (и/б N) поступила в онкогематологическое отделение областной детской больницы в июне 1999 года с жалобами на повышение температуры до фебрильных показателей, слабость, снижение аппетита, потерю веса. Анализ крови: эр. — $2,2 \times 10^{12}$, НЬ - 71 г/л, тр - 116,6, Л - $5,4 \times 10^9$ (п. - 5, с - 58, лф — 30, м — 7), СОЭ — 75 мм/ч. R6 -грамма грудной клетки - затемнение над правым куполом диафрагмы, утолщение парастернальной плевры, легочный рисунок сгущен, правые синус и купол диафрагмы не видны. КТ брюшной полости - объемное образование печени 15 x 15 см. Произведены лапаротомия, биопсия опухоли. Цитологический анализ № «злокачественная мезенхимальная опухоль, выраженная анаплазия опухолевых клеток, миксоматоз». Гистологический анализ № «эмбриональная рабдомиосаркома». Ребенку проведены 3 курса полихимиотерапии без эффекта; прогноз безнадежный. На первичном осмотре: девочка истощена, ходит с большим трудом и только с посторонней помощью, неконтактна, плаксива, быстро устает, сохраняется фебрилитет; волосы на голове выпали полностью, на бровях и ресницах - частично, вкус пищи извращен. СКЭНАР-терапия начата для улучшения качества оставшейся жизни, курс (в августе 1999 г.) состоял из 20 процедур. Результаты: нормализовалась температура, девочка стала спокойнее, вкус и обоняние нормализовались, появился аппетит. Дополнительно назначена активационная терапия (АСД-фракция 2). Контрольное обследование в сентябре. ОАК: эр - 3×10^{12} , НЬ - 105 г/л, Л - $8,4 \times 10^9$ (п -7, с — 53, лф — 35, м — 5), СОЭ — 35. Ro-грамма грудной клетки - легкие без инфильтративных изменений, легочный рисунок обогащен в прикорневых отделах, корни структурны, правый купол диафрагмы расположен выше обычного - на уровне переднего отрезка 3 ребра. УЗИ - из печени, больше слева от центра

исходит образование округлой формы 16 x 11,9 см с четкой капсулой, неоднородной сложной структуры.

Второй курс начат в октябре, выполнено 10 процедур. Девочка жизнерадостна, прибавила в весе, идет восстановление волос. В области послеоперационного рубца открылся свищ с безболезненным отхождением слизистого содержимого без патологических примесей. УЗИ (30.10.99) - размеры очага 8,7 x 7,9 см. В крови, судя по общему анализу, идет процесс регенерации. В декабре СКЭНАР-терапия продолжена при отсутствии жалоб, в анализе крови НЬ — 135, СОЭ — 25 мм/час. КТ брюшной полости (18.01.2000) - печень умеренно увеличена, в правой доле образование 5x6 см, гетерогенной полости, лимфатические узлы не увеличены, внутripеченочные желчные протоки и сосуды не расширены.

4-й курс СКЭНАР-терапии (7 процедур) начат в феврале 2000 года на фоне аденовирусной инфекции, протекавшей легко: например, острый гнойный конъюнктивит прошел за 1 сутки, появившийся кашель был продуктивным и не приносил неудобства; девочка сохраняла активность. В апреле 5-й курс, также при отсутствии жалоб. При обследовании в онкогематологическом отделении признаки заболевания не выявлены: в легких дыхание везикулярное, пальпация и перкуссия печени - без особенностей; в анализе крови СОЭ - 10 мм/ч, Ro-грамма грудной клетки № 5569-70 — легкие и сердце без патологических изменений. УЗИ брюшной полости - размеры печени нормализовались, край ровный, паренхима гомогенна без участков патологического образования.

Тяжелая, упорная борьба с недугом позволила оздоровить ребенка.

Полипрагмазия, обусловливаемая клиническим симптомокомплексом, сопряжена с негативными последствиями - не только медицинскими, но и экономическими. Бельгийские страховые компании оценили примерную стоимость месячного ухода на дому в \$4712,4, при госпитализации \$18440,4 (для больного - примерно \$2050,8 и 1363,2); в бюджете хосписа на медикаменты тратят до ¼ расходов. СКЭНАР-терапия, позволяющая сократить расход до 70% лекарственных препаратов, особо показана к самому широкому использованию в хосписах и центрах паллиативной помощи.

Выводы

СКЭНАР-терапию выгодно отличают:

- отсутствие побочных эффектов; почти нет и противопоказаний,
- многоцелевой характер воздействия,
- экономическая обоснованность. Она приближает цель паллиативного лечения - лучшее качество жизни и может широко использоваться в центрах паллиативной помощи, для развития которой многоцелевые подходы весьма перспективны.