

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОРЕЗОНАНСНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Л.В. Чернецова

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» (г. Ижевск)

Проблема геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) сохраняет свою актуальность в связи с высокой заболеваемостью, отсутствием эффективной этиотропной терапии, возрастающим числом тяжелых форм, осложнений и резидуальных проявлений [1–3]. Рациональное комплексное лечение больных ГЛПС преимущественно направлено на ликвидацию основных клинических синдромов заболевания: общетоксического, геморрагического, абдоминального, сердечно-сосудистого, нейроэндокринного, а также на лечение и профилактику возможных осложнений – токсико-инфекционного шока, острой почечной недостаточности, диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, присоединения бактериальной инфекции. В связи с этим, важное значение приобретает усовершенствование методов диагностики ГЛПС и поиск новых патогенетических способов лечения и реабилитации больных, включая немедикаментозные методы [5, 6].

Благодаря достижениям в области диагностики за последние годы арсенал лабораторных методов по определению этиологии большинства инфекционных заболеваний значительно расширился: от традиционных бактериологических, иммуноферментных и молекулярно-генетических до электропунктурных способов диагностики [7–8].

В настоящее время в Центре интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС» (г. Москва) разработана аппаратура, составлены и реализованы на практике соответствующие алгоритмы диагностики и лечения. Нами использовался аппаратно-программный комплекс «ИМЕДИС-Эксперт», позволяющий

провести интегральную оценку не только инфекционной отягощенности организма, но и состояния ключевых патогенетических звеньев ГЛПС с помощью методов электропунктурного вегетативного резонансного теста (ВРТ) «ИМЕДИС-ТЕСТ» и сегментарной биоэлектронной функциональной диагностики (СФД). Несомненным преимуществом и достоинством данных методов является его неинвазивность и простота качественной оценки в сжатые временные сроки (не более 15–30 минут).

Диагностическое электропунктурное тестирование методом ВРТ проводилось у 198 пациентов (мужчин) согласно разработанного нами алгоритма обследования при ГЛПС в зависимости от степени тяжести заболевания (легкое, среднее и тяжелое) и сроков наблюдения [9]. Обследование проводилось на 3–5-е сутки начального (общетоксического) периода, 9-е сутки периода разгара (олигурический или период геморрагических проявлений и развития острой почечной недостаточности), 14-е сутки периода угасания симптомов (полиуретический или ранней реконвалесценции), 21-е сутки и в течение 1,5 месяцев раннего восстановительного периода.

В качестве критериев оценки эффективности использовалась балльная система по ведущим синдромам ГЛПС (общетоксический, геморрагический, почечный, гемодинамический, абдоминальный, нейроэндокринный), которые сопоставлялись с диагностическими шкалами биологических индексов (общих, органических), эндокринных, иммунных, адаптационных резервов, рядами гомеопатических потенций нозодов ГЛПС (от Д0 до Д400) по данным методов ВРТ и СФД, а также общепринятыми и специ-

альными исследованиями (маркеров эндотоксикоза, иммунного и гормонального статуса).

В ходе диагностического тестирования обнаружена достоверно значимая разница в показателях результатов методов ВРТ и СФД в зависимости от степени тяжести, периодов заболевания и вариантов комплексного лечения: в группе наблюдения (с включением эндогенной биорезонансной терапии – БРТ) и сравнения (на фоне стандартной медикаментозной терапии).

В начальном периоде у больных ГЛПС с легкой степенью тяжести общетоксический синдром подтверждался методами ВРТ и СФД наличием острого воспалительного процесса, выраженного напряжения иммунной и эндокринной систем 3 степени, вегетативной нервной системы II степени, снижением резервов адаптации до среднего уровня II степени. Первично пораженные органы, распределенные по степени выраженности в следующей последовательности: гипофиз, гипоталамус, эпифиз, зрительный нерв, сетчатка и хориоидея; плечевое сплетение; блуждающий и симпатический нервы, меридианы с максимальными нарушениями (мочевой пузырь и задний срединный) и преобладание цереброваскулярного синдрома (по данным СФД).

В группе больных ГЛПС со средней степенью тяжести наблюдалась идентичная динамика в сторону нарастания степени остроты воспалительного процесса, лимфатического отягощения, напряжения иммунной и эндокринной систем до 4–5 степени, вегетативной нервной системы до III степени, снижение резервов адаптации до низкого уровня II степени. Возросло число первично пораженных органов, среди которых по степени выраженности нарушений оказались: гипофиз, гипоталамус, почки, мочевой пузырь, сердце, блуждающий и зрительный нервы, сетчатка и хориоидея, плечевое, поясничное и крестцовое сплетения, щитовидная железа, надпочечники (корковый и мозговой слой), поджелудочная железа, простата. С максимальными нарушениями были меридианы почек, мочевого пузыря, эндокринной системы (с недостаточностью) и сердца на фоне равнозначного проявления урогенитального и цереброваскулярного синдромов, соответственно, 76,5% и 79,6% (по данным СФД).

В группе больных ГЛПС с тяжелой степенью

тяжести выраженность общетоксического синдрома подтверждалось (по данным ВРТ и СФД) переходом в зону истощения иммунной и эндокринной системы I–II степени, резервов адаптации до уровня – низкие III–IV степени и напряжением вегетативной нервной системы IV степени. Список первично пораженных органов дополнительно включал легкие, печень, а также и меридианами тонкого кишечника и легких с максимальными нарушениями и энергетической недостаточностью. По данным СФД преобладало иммунодефицитное состояние у 73,4% пациентов на фоне превалирования урогенитального синдрома – у 86,7% и острого стресса низкого уровня.

Выявленные изменения позволили еще раз убедиться в полиорганности и системности нарушений у больных ГЛПС. Наличие выявленных связей между первично пораженными органами и меридианами подтверждало механизм развития патологического процесса у больных ГЛПС с легкой степенью тяжести при проецировании на модели резонансных цепочек по Н.В. Schimmel [10] по типу «ЦНС», а при манифестации процесса у больных ГЛПС со средней и тяжелой степенью по типу «Почки», что определило дальнейшую тактику подбора оптимальных путей коррекции.

В то же время мы обратили внимание на наличие стойко выраженного церебрального синдрома у всех больных ГЛПС независимо от степени тяжести и сроков наблюдения (по данным СФД).

При детальном изучении с помощью метода ВРТ удалось выявить и подтвердить наличие значительного специфического вирусного отягощения (вирус ГЛПС) вегетативных нервных образований, расположенных, как и следовало ожидать, в области шейного и поясничного утолщения. Это позволило с первых дней лечения использовать контактный способ проведения эндогенной БРТ с наложением магнитного индуктора, «пояса» и «петли» вдоль позвоночника и на проекционные зоны этих образований. Эндогенная БРТ оказалась целесообразной и особенно эффективной в первые дни начального периода заболевания во всех группах при условии достаточной дренажной терапии, что подтверждалось динамикой нарастания потенциалов нозодов ГЛПС. В ходе мониторинга с использованием метода ВРТ для оценки

эффективности применения БРТ во всех случаях в начальном периоде у больных ГЛПС наиболее оптимальным оказалось проведение меридианальной БРТ по меридиану селезенка-поджелудочная железа. В группе больных ГЛПС со средней степенью тяжести в течение всего начального периода меридианом выбора и воздействия вновь оказался меридиан селезенка – поджелудочная железа и меридиан почек, а также у больных ГЛПС с тяжелым течением в первые 3-е суток. В период разгара заболевания (5–12-е сутки) в обеих группах больных ГЛПС для БРТ были использованы меридианы печени или желчного пузыря. В периоды ранней реконвалесценции (14–2-е сутки) и ранней восстановительный (21–60-е сутки) при проведении БРТ использовался меридиан кровообращения и почек. Во всех случаях выявлялась существенная разница в степени компенсации патологических сдвигов, в первую очередь, в предотвращении прогрессирования тяжести инфекционного процесса и развитии тяжелых осложнений (острого инфекционного шока, ДВС синдрома, острой почечной недостаточности, уремии и т.д.).

Доказательством этого служили позитивные изменения картины инфекционного процесса по синдромам, причем не только по их количественным, но и качественным признакам проявления симптомов. Наиболее значимо это проявилось у больных ГЛПС с легким течением по степени выраженности клинической симптоматики общетоксического (продолжительность лихорадки, головной боли, слабости по степени их выраженности), гемодинамического (уровень систолического АД и частоты пульса) и почечного (продолжительность олигурии и полиурии, боли в пояснице) синдромов, нивелирование которых фиксировалось на 2-е, 5-е и 14-е сутки, соответственно, тогда как у пациентов группы сравнения идентичные показатели достигали границ нормализации лишь на 3-и, 9-е и 25-е сутки. Однонаправленная динамика наблюдалась и в группах больных ГЛПС со средней и тяжелой степенью тяжести, что касалось не только указанных выше симптомов общетоксического, гемодинамического и почечного синдромов, но и клинических проявлений гемморрагического (нарушения зрения, геморрагии на коже и слизистых) и абдоминального (тошнота и рвота; гипо- или

анорексия) синдромов, а также по результатам «маркеров» – показателей традиционных лабораторных, а также биохимических (среднемолекулярные пептиды), иммунологических (Ig классов А, М, G, Т и В лимфоцитов), гормональных (АКТГ, кортизол, пролактин, ТТГ, Т₃, Т₄) и функциональных (ЭКГ, ЭЭГ) исследований.

При сопоставлении результатов протоколов БРТ и СФД с причинными цепочками взаимосвязи органов и систем в развитии патологического процесса проявились некоторые закономерности, объясняющие механизм действия эндогенной БРТ. Во всех случаях ядром патологии у больных ГЛПС являлся первоэлемент «вода», связанный с меридианами почек и мочевого пузыря. При анализе материала с позиций законов поверхностного и внутреннего взаимодействия (У-син) БР-препараты достоверно нивелировали деструктивные связи, воздействующие на первично пораженные органы, в первую очередь, почки и мочевой пузырь за счет создания саногенетических механизмов компенсации. Если в начальной стадии развития данного заболевания, точкой приложения для формирования созидательных связей являлся первоэлемент «земля» (желудок, селезенка, поджелудочная железа), то по мере прогрессирования тяжести процесса это касалось первоэлемента «дерево» (печень, желчный пузырь) и «огонь» (сердце, тонкий кишечник, кровообращение, эндокринная система) с образованием мощного саногенетического блока на уровне данных трех первоэлементов. Доказательством этому послужил сравнительный анализ результатов динамического тестирования по методам БРТ и СФД у больных ГЛПС в ходе проведения эндогенной БРТ.

Так, в группе наблюдения у больных ГЛПС с легким течением уже на 3-и сутки при проведении БРТ не отмечалось указаний на заинтересованность меридиана мочевого пузыря, тогда как в группе сравнения это констатировалось до раннего восстановительного периода (30–35-е сутки). В группах наблюдения у больных ГЛПС со средней и тяжелой степени тяжести на день выписки из стационара (21-е сутки) нарушения фиксировались только на меридиане эндокринной системы в отличие от группы сравнения, где в указанный срок

четко проявлялись нарушения на меридианах: почек, мочевого пузыря, сердца, кровообращения, эндокринной системы. Параллельно позитивная динамика отмечалась и по шкалам биологических индексов (общего и органного), резервов адаптации, что иллюстрировалось достоверным приближением их уровней к коридору оптимальных значений в группах наблюдения, в отличие от таковых в группах сравнения.

Одновременно, это подтверждалось характером изменений величины потенциалов гомеопатического ряда нозодов ГЛПС: в ходе проводимой БРТ соответственно, в основной группе больных легкой степени тяжести с D_{3-6} до D_{30} на 3-е сутки, D_{30} – D_{50} – 5-е сутки, D_{100} – D_{200} – 14-е сутки, на 5-е, 9-е, 21-е сутки при средней и на 9-е, 14-е, 28-е сутки при тяжелой степени, тогда как в группах сравнения выявленная динамика регистрировалась с опозданием у больных с легкой степенью тяжести в среднем на 4 – 5 суток, 7 – 9 суток при средней и 14 – 15 суток при тяжелом течении ГЛПС.

Выявлена высокая степень достоверности и специфичности метода ВРТ, которая составила 92,3% по указанному заболеванию с применением серологических методов экспрессной индикации – иммуноферментной тест-системы (ИФА ТС) и ВРТ у больных ГЛПС. Кроме того, в случаях расхождения результатов по протоколам проведенных исследований с помощью метода ВРТ удалось заподозрить, а затем подтвердить наличие других этиотропных агентов (лептоспироз, грипп, клещевой энцефалит), сопряженных с данной инфекцией, облегчая тем самым процесс ранней дифференциальной диагностики в стационарных условиях.

Таким образом, методы ВРТ и СФД могут быть использованы не только в качестве превентивной и ранней дифференциальной диагностики на клиническом этапе, но и в качестве метода экспресс-контроля за эффективностью проводимого лечения в различные сроки заболевания. Наличие указанных преимуществ методов ВРТ «ИМЕДИС-ТЕСТ» и СФД с учетом высокой чувствительности и достоверности методов, простоты проведения в сжатые сроки ставят их в ряд конкурентоспособных с традиционными методами специфической диагностики при инфекционных заболеваниях.

Литература

1. Сиротин Б.З., Жарский С.Л., Ткаченко Е.А. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (последствия, их диагностика и классификация, диспансеризация переболевших). – Хабаровск, 2002. – 128 с.
2. Сиротин, Б. З. Взгляд на некоторые клинические проблемы ГЛПС // VI съезд научного общества нефрологов России / Тез. докл. – М., 2005. – С. 152 – 153.
3. ГЛПС: актуальные проблемы эпидемиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики / Под ред. Р. Ш. Магазова. – Уфа, 2006. – 240 с.
4. Готовский, М.Ю., Перов Ю.Ф. Биорезонансная терапия и ее место в современной традиционной медицине // Традиционная медицина. – 2006. – № 1. – С. 8 – 11.
5. Мейзеров Е.Е., Блинков И.Л., Готовский Ю.В. и др. Биорезонансная терапия: Методические рекомендации № 2000/74. – М.: Науч.-практ центр традиц. мед. и гомеопатии МЗ РФ, 2000. – 27 с.
6. Яновский О.Г., Карлыев К.М., Королева Н.А. и др. Возможности компьютеризированной электропунктурной диагностики по методу Р. Фолля в терапии методами рефлексотерапии и гомеопатии: Методические рекомендации № 98/232. – М., 1999. – 27 с.
7. Василенко А.М., Готовский Ю.В., Мейзеров Е.Е. и др. Электропунктурный вегетативный резонансный тест: Методические рекомендации № 99/96. – М.: Науч.-практ центр традиц. мед. и гомеопатии МЗ РФ, 2000. – 28 с.
8. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Кемпе Н., Самохин А.В. Сегментарная биоэлектронная функциональная диагностика. – М.: ИМЕДИС, 2004. – 47с.
9. Готовский Ю.В., Чернецова Л.В., Рябов В.И. и др. Пути совершенствования диагностики, лечения и реабилитации природноочаговых инфекций в Удмуртии // Тезисы и докл. VII Междун. конф. «Теоретические и клинические аспекты биорезонансной и мультирезонансной терапии». – М., 2001. – Ч. I. – С. 3 – 16.
10. Schimmel H.W., Penzer V. Functional Medicine: The Origin and Treatment of Chronic Diseases. – 2nd ed. – N.Y: Thieme Medical Publishers; 1997.