

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БИОРЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Л.В. Чернецова

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

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) является самым распространенным вирусным природно-очаговым заболеванием, регистрирующимся на территории России [10]. Особую актуальность приобретает разработка методов дифференцированной комплексной терапии с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов в системе комплексного лечения и реабилитации больных ГЛПС.

В последние годы интенсивно разрабатываются интегративные методы профилактики и лечения с учётом резервов адаптационных возможностей организма, уровней их реактивности, состояния основных регуляторных систем по степеням их напряжения и истощения [1, 5, 9]. Среди таких методов явное преимущество принадлежит эндо- и экзогенной биорезонансной терапии [2–4, 6–8].

Целью исследований явилось изучение различных вариантов биорезонансной терапии в комплексном лечении больных ГЛПС в остром периоде, когда практически все традиционные физические факторы противопоказаны к применению.

Методы исследований

Под наблюдением находилось 78 больных ГЛПС (I группа наблюдения) на фоне сочетанного применения медикаментозной терапии и различных вариантов биорезонансной терапии. Все больные на этапе комплексного лечения в стационаре (с 3–5 дня госпитализации) были разделены на 4 подгруппы – Ia, Ib, Ic и Id. В подгруппе Ia применялись резонансно-частотная терапия (РЧТ) по программам частот ГЛПС (№ 371, 372, 373) с наложением

электромагнитных индукторов в виде «пояса» по периметру передней поверхности туловища и «петли» на зону поясничной области, интенсивностью воздействия 100 усл. ед., экспозиция 10–15 минут, 8–10 процедур, ежедневно. В подгруппе Ib проводилась базовая эндогенная биорезонансная терапия (БРТ) по IV стратегии в режиме по активности времени (круговой и вертикальной методике) последовательно по всем и худшим меридианам с записью общего и частного БР-препарата, 7–10 сеансов, экспозицией от 10–30 минут. В подгруппе Ic – индукционная терапия (ИТ) программами №6 и 18 (нормализация сна и засыпания), в дальнейшем (9–15 день) №11, №12 (эндокринная регуляция) и № 15 (церебральная) при помощи специальной электромагнитной «петли»-индуктора, которая накладывалась на соответствующие волновые точки – «индикаторы» головы, интенсивностью 15–20 усл. ед., 10–15 воздействий, ежедневно. В подгруппе Id – комплексная БРТ в виде комбинации эндогенной биорезонансной и индукционной терапии, 7–12 воздействий, ежедневно.

Группа сравнения (II) состояла из 23 больных ГЛПС, которым в течение всего исследования осуществлялась стандартная медикаментозная терапия на фоне имитации биорезонансной терапии (плацебо) с соблюдением идентичности сеансов, кратностей и интенсивностей воздействия.

Оценка состояния динамики гормонально-метаболического статуса и эффективности лечения у 101 больного ГЛПС (мужчины в возрасте от 18 до 55 лет) определялась по содержанию в плазме крови пролактина, кортизола, тиреотропного (ТТГ) и тиреоидных

(трийодтиронина, T_3 и тироксина T_4) гормонов, тестостерона, С-пептида, инсулина в зависимости от фазы острого периода заболевания (разгар и ранняя реконвалесценция) и степени тяжести заболевания (легкая – 29 чел., среднетяжелая – 43, тяжелая – 29).

Результаты и обсуждение

Результаты проведенных исследований показали, что у всех больных ГЛПС в острый период заболевания наблюдается нарушение адаптационно-компенсаторных механизмов как в центральных, так и периферических звеньях гормональной регуляции. Выявление значительного повышения концентрации пролактина, а также кортизола, ТТГ, тестостерона, С-пептида и инсулина свидетельствует об активации не только гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, но и звеньев её взаимодействия – тиреотропной, гонадотропной и глюкозо-метаболической осей. Наличие признаков дискоординации в виде повышения уровней ТТГ при одновременном снижении уровней T_3 и T_4 подтверждает проявление так называемого «эутиреоидного» патологического синдрома. Нарушение нейрогуморальной регуляции у больных ГЛПС является отличительным синдромом, имеет фазовый характер, коррелирует с особенностями клинической картины и прогнозом заболевания. Наибольшее различие в нарушении гормонального гомеостаза зарегистрировано в острый период на высоте манифестации инфекционного процесса.

В ходе комплексного лечения больных ГЛПС на фоне различных вариантов БРТ в острый период ГЛПС (разгара и ранней реконвалесценции) степень наиболее значимых изменений гормонального гомеостаза зафиксированы в I группе наблюдения. При сравнительном анализе отдельных видов БРТ в комплексном лечении больных в остром периоде ГЛПС установлены следующие особенности.

В подгруппе Ia под влиянием РЧТ в комплексном лечении больных ГЛПС выявлены статистически достоверные изменения только в содержании инсулина, уровень которого снизился от исходно повышенного на 26,4% (с 155,6 пмоль/л до 114,5 пмоль/л, $p < 0,05$).

В подгруппе Ib при проведении эндогенной БРТ больным ГЛПС наблюдалась поло-

жительная динамика, которая характеризовалась снижением исходно повышенных уровней пролактина на 21,8% (с 17,9 нг/мл до 14,0 нг/мл, $p < 0,05$), С-пептида на 22,2% (с 353,2 нмоль/л до 274,7 нмоль/л) и инсулина на 31,4% (с 152,9 пмоль/л до 104,9 пмоль/л, $p < 0,05$). Также была выявлена отчётливая тенденция к снижению исходно повышенного содержания ТТГ на 14,9%, повышение исходно сниженных уровней T_3 на 18,2% и T_4 ($p > 0,05$). Тем не менее, величина значений коэффициента соотношения $\frac{T_3 + T_4}{ТТГ}$ достоверно увеличилась на 33,8% (с 37,9 услед до 50,7 услед., $p < 0,05$).

В подгруппе Ic при применении ИТ наблюдалась идентичная, но более значимая динамика изменений в гормональном статусе, что проявилось достоверным снижением уровней пролактина на 21,6% (17,6 нг/мл до 13,8 нг/мл, $p < 0,05$), кортизола на 30,0% (с 794,2 нмоль/л до 556,2 нмоль/л, $p < 0,05$), С-пептида на 21,8% (с 361,1 нмоль/л до 282,3 нмоль/л, $p < 0,05$) и инсулина на 31,2% (с 148,6 пмоль/л до 102,2 пмоль/л, $p < 0,05$) и увеличением коэффициента соотношения $\frac{T_3 + T_4}{ТТГ}$ на 29,6% (с 38,0 услед. до 48,3 услед., $p < 0,05$).

В подгруппе Id при комбинированном применении БРТ отмечены наиболее значимые позитивные сдвиги в цепочке изучаемых гормональных показателей. Обнаружено достоверное снижение исходно повышенных уровней гормонов: пролактина на 36,0% (с 17,2 нг/мл до 11,0 нг/мл, $p < 0,05$), кортизола на 25,5% (с 763,0 до 568,0 нмоль/л, $p < 0,05$), инсулина на 26,9% (с 157,9 нмоль/л до 109,8 пмоль/л, $p < 0,05$) на фоне повышения тестостерона на 14,7% (с 15,4 нмоль/л до 19,2 нмоль/л, $p < 0,05$), коэффициента соотношения $\frac{T_3 + T_4}{ТТГ}$ на 51,6% (с 38,2 услед до 57,9 услед., $p < 0,05$) и T_4 на 22,3% (с 103,0 нмоль/л до 126,0 нмоль/л, $p < 0,05$).

Динамика выявленных гормональных сдвигов под влиянием медикаментозной терапии у больных II группы отмечалась в меньшей степени, более того, наблюдалось значительное достоверное снижение (ниже нормы) уровней инсулина на 74,1% (с 160,3 пмоль/л до 41,5 пмоль/л, $p < 0,05$), на фоне только тенден-

ции к снижению исходно повышенных уровней пролактина, ТТГ и T_4 .

При оценке влияния комбинированного применения БРТ (подгруппа Id) выявлено его несомненное преимущество по сравнению с отдельными вариантами БРТ (РЧТ, эндогенной БРТ и ИТ) и медикаментозной терапией (II группа сравнения). Это подтвердилось не только наличием достоверного улучшения центральной нейрогуморальной регуляции по динамике снижения гиперпролактинемии, содержания кортизола, ТТГ, С-пептида, инсулина в крови, существенного повышения коэффициента соотношения $\frac{T_3 + T_4}{ТТГ}$ и уровней тестостерона, но и сроками нивелирования гормонального дисбаланса у больных ГЛПС в I группе наблюдения. Терапевтический эффект комбинированного применения БРТ, оцениваемый по состоянию гормонального гомеостаза в острый период ГЛПС, по нашему мнению, связан с суммированием отдельных видов БРТ в результате проявлений центрального гомеостатического эффекта, вызывающего позитивное влияние на центральные и периферические звенья эндокринной системы в сторону нормализации нейрогуморальной регуляции.

Обобщая результаты влияния различных видов БРТ на основные патогенетические механизмы нейрогуморальной регуляции в зависимости от степени тяжести ГЛПС, выявлено явное преимущество при применении эндогенной БРТ и комбинированного варианта (эндогенной БРТ и ИТ). Полученные результаты позволяют выделить показания для их дифференцированного применения в острый период комплексного лечения: РЧТ показана больным с легкой степенью в период разгара и ранней реконвалесценции ГЛПС; эндогенная БРТ – больным с легкой, среднетяжелой и тяжелыми формами ГЛПС в период разгара; ИТ – больным с легкой степенью в период разгара и среднетяжелой и тяжелой степенью в период ранней реконвалесценции; комбинированный вариант БРТ – больным с легкой и среднетяжелой степенью во все фазы острого периода (разгара и ранней реконвалесценции).

Выводы

Таким образом, при инфекционном процессе гормоны нейроэндокринной системы могут рассматриваться в качестве векторов, отражающих сложные взаимоотношения инфекцион-

ного агента и нейрогуморального гомеостаза. Применение различных вариантов эндо- и экзогенной БРТ в комплексном лечении и реабилитации больных ГЛПС благоприятно влияет на гормональный гомеостаз в качестве адаптационного регулятора, приводящего в конечном счете к нормализации нейрогуморальной регуляции в заинтересованных центральных и периферических звеньях эндокринной системы в целом.

Литература

1. Балаболкин М.И. Эндокринология / М.И. Балаболкин. – М.: «Универсум паблишинг», 1998. – 582 с.
2. Бобровская А.Н. Клинический опыт применения индукционной терапии в частотах биотоков головного мозга // Тезисы и доклады. IV Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты биорезонансной и мультирезонансной терапии» Ч. II. – М.: ИМЕДИС. – С. 74–82.
3. Брусина Л.И., Серова Т.А. Использование гомеопатических препаратов для иммунной коррекции // Тезисы и доклады. III Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты биорезонансной и мультирезонансной терапии». Ч. I. – М.: ИМЕДИС, 1997. – С. 142–145.
4. Готовский Ю.В., Перов Ю.Ф. Особенности биологического действия физических и химических факторов малых и сверхмалых интенсивностей и доз. – М.: ИМЕДИС, 2003. – 388с.
5. Готовский Ю.В., Соломатин В.А., Тихомиров Д.Д. Комбинированная биорезонансная диагностика и терапия // Тезисы и доклады. VI Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». Ч. I. – М.: ИМЕДИС, 2001. – С. 131–139.
6. Готовский Ю.В., Королев Ю.Н., Каторгин В.С. Предварительные данные о воздействии резонансных частот электромагнитного поля на бактериальные клетки // Тезисы и доклады. VI Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты биорезонансной и мультирезонансной терапии». Ч. I. – М.: ИМЕДИС, 2000. – С. 21–23.
7. Исламов Б.И., Готовский Ю.В., Фунтиков В.А. Некоторые итоги применения БРТ в лечебной практике // Тезисы и доклады. III Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты биорезонансной и мультирезонансной терапии». Ч. I. – М.: ИМЕДИС, 1997. – С. 40–60.
8. Королева М.В., Мейзеров Е.Е. Изучение динамики вегетативной регуляции при индукционной терапии в режиме № 15 (Церебральная программа) // Тезисы и доклады. VI Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты биорезонансной и мультирезонансной терапии». Ч. I. – М.: ИМЕДИС, 2001. – С. 174–178.
9. Кэттайл, В.М. Патифизиология эндокринной системы / В.М. Кэттайл, Р.А. Арки; пер. с англ. – СПб. – М.: «Невский Диалект» – «Издательство БИНОМ», 2001. – 336 с.
10. Сиротин Б.З., Жарский С.Л., Ткаченко. Е.А. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (последствия, их диагностика и классификация, диспансеризация переболевших). – Хабаровск: Риотип, 2002. – 128 с.