

## Особенности применения биорезонансной терапии в лечении больных хроническим панкреатитом в стадии обострения

З.Х. Махрамов, В.В. Кирьянова, А.И. Шугаев

Кафедра физиотерапии и курортологии; хирургии имени В.А.Оппеля

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава», Россия

Работа основана на анализе результатов применения биорезонансной терапии (БРТ) в лечении 105 больных с хроническим панкреатитом (ХП) в стадии обострения.

БРТ в комплексном лечении больных с ХП в стадии обострения позволила эффективно купировать болевой синдром у 95,6% больных, улучшить обменные процессы в поджелудочной железе (ПЖ) у 87,4% пациентов, нормализовать ферментативную (у 82,7% больных) и экзокринную (у 97,4%) функции ПЖ больных с ХП.

Индекс качества жизни (GIQLI) больных основной группы, получавших лечение с применением метода БРТ улучшился в два раза, по сравнению с пациентами контрольной группы и группы плацебо, что свидетельствует об эффективности применения БРТ в комплексном лечении обострений ХП.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, биорезонансная терапия

**ВВЕДЕНИЕ.** Актуальность разработки новых методов диагностики и лечения больных с хроническим панкреатитом (ХП) в стадии обострения не вызывает сомнения, так как за последние десятилетия во многих странах мира отмечается существенное увеличение заболеваемости ХП, в основном в связи с учащением патологии жёлчевыводящих путей и распространением алкоголизма [6].

В настоящее время диагноз ХП ставится в 7-8% случаев от общего числа пациентов с заболеваниями пищеварительной системы. Частота заболеваемости хроническим панкреатитом высока и составляет 8,2 новых случаев на 100 тысяч населения [7]. Нет единого мнения и о доминирующей причине развития хронического панкреатита: употребление алкоголя или переход острого панкреатита в хронический. В 70,8% наблюдений этиологический фактор заболевания установить не удаётся. До настоящего времени не выделены и не систематизированы патогномичные признаки, а также методы исследований с абсолютной чувствительностью и специфичностью результатов [4].

Трудности в диагностике ХП прежде всего обусловлены глубоким забрюшинным расположением ПЖ, что, естественно, ограничивает возможности применения тех диагностических методов, которыми обычно пользуются в гастроэнтерологической практике. Диагностика затруднена в связи с тем, что ХП часто наблюдается при сочетанной патологии,

в первую очередь в сочетании с заболеваниями гепатобилиарной и гастродуоденальной систем. В связи с этим имеет место «маскировка» ХП, особенно на ранних стадиях развития заболевания и при безболевой форме болезни [1]. К превентивным мерам диагностики ХП могут относиться методы скрининг-диагностики, которые интенсивно развиваются в последние годы.

Одним из методов неинвазивной диагностики и контроля терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта является регуляционная термография (РТГ). Она основана на измерении инфракрасного излучения кожи человека в динамике дважды: первое - до, второе - после раздражения (охлаждением). РТГ имеет высокую информативность, точность и воспроизводимость, поскольку основана на анатомических и физиологических закономерностях [12].

Другим методом неинвазивной диагностики является электроakupунктурная диагностика по Р.Фоллю. Электропунктурная диагностика может выявить заболевание и на доклинической стадии, когда рентгенологическое обследование, УЗИ, ФГДС, лабораторные данные не определяют патологии. Электропунктурная диагностика по методу Р.Фолля способствует индивидуализации лечения и позволяет выявить дисбаланс меридианов, что определяет уровни воздействия на точки акупунктуры у конкретного больного [3].



Возможности средств лечения заболеваний ЖКТ могут быть расширены за счёт нового лечебного фактора - адаптивной биорезонансной терапии (БРТ).

В 1977 году в Германии доктором Ф. Мореллем и инженером Э. Рахе был разработан новый подход в развитии уже существующей методики электроакупунктурной диагностики и лечения по Фоллю. Был предложен новый метод функциональной медицины – МОРА-терапия («МОРА» - авторское название, складывается из первых слогов фамилий авторов). Действие МОРА-терапии или биорезонансной терапии, основано на подавлении патологических, восстановлении и усилении физиологических электромагнитных сигналов, синхронизации волновых процессов, участвующих в гомеостазе организма [11].

Ф.А.Попп обнаружил биофотоны, которые обладают свойствами когерентного электромагнитного колебания в диапазоне 1014Гц и излучаются живыми системами, участвуя в регуляции основных функций биологических систем [10]. М. Галле ввёл понятие биофотонов для применения в биорезонансной терапии. Следует учитывать, что в этом диапазоне электромагнитные колебания (ЭМК) маскируются белым шумом. Причём электромагнитный белый шум, выше электронного белого шума, что затрудняет измерение этих сигналов и объяснение способа передачи информации. На основе теории биофотонов, выявлен диапазон частот для биорезонансной терапии:  $F=1-106$  Гц [9].

Основным механизмом «биорезонанса» является интерференция деструктивных патологических колебаний между собой и следующей их интеграции в последовательные и связанные поля. Организм и его функционирующие системы являются источниками чрезвычайно слабых электромагнитных колебаний в широком спектре частот. Они стимулируют и контролируют все процессы жизнедеятельности в организме. При нарушении динамического равновесия между физиологическими и патологическими колебаниями возникает информационно-энергетическая блокада, дающая толчок для запуска патологических реакций [9].

Передача сигналов в организме осуществляется между соседними клетками через очень быстрый обмен фотонами. Для передачи информации колебаний изнутри клетки наружу электрически высокоомная клеточная мембрана должна соответствовать низкоомным волокнам аксона, что и осуществляется в синаптических щелях. Точно такая же проблема в целом решается при снятии собственных сигналов тела с высокоомной кожи пациента с помощью накожных электродов, которые подводят сигналы к преобразователю импеданса в терапевтическом приборе. Низкоомные проводники меньше подвержены помехам, так как здесь опять удовлетворяется необходимое условие передачи слабых сигналов

при одновременном присутствии сильных мешающих сигналов [8].

Поскольку метод БРТ появился относительно недавно, а в отечественной практике получил развитие лишь в 90-е годы, то механизм действия БРТ на различные органы в настоящее время изучаются. Общая терапевтическая эффективность БРТ по данным отечественных и зарубежных авторов составляет 75-85%. В исследованиях Е.Е. Мейзерова и соавт. (2000) положительный эффект БРТ был получен в 95,2% случаев. Отсутствие эффекта отмечено лишь в 4,8% случаев [5]. Считают, что БРТ может использоваться как самостоятельно, так и в комплексе с другими методами терапии (медикаментозным и физиотерапевтическим) [2].

Тот факт, что БРТ получает всё более широкое распространение в практической медицине, делает необходимым уточнение эффективности её при различных заболеваниях, в том числе и при лечении хронического панкреатита в стадии обострения.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** определение диагностических критериев функционального состояния поджелудочной железы и обоснование оптимального режима биорезонансной терапии в лечении больных с хроническим панкреатитом в стадии обострения.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Исследование проводили 105 больным ХП в стадии обострения, в возрасте от 30 до 70 лет. Пациенты были распределены по возрастным группам, из которых максимальное число больных - 38,09% наблюдалось в возрасте 60-69 лет, до 39 лет - 10,47%, до 49 лет - 21,90%, до 59 лет - 24,76%, и старше 70 лет - 4,76% больных.

Прежде всего, оценивали данные общего клинического исследования (анамнез, жалобы, общее состояние больного, температура тела, пульс, артериальное давление, объём живота, наличие перистальтики или отсутствие при аускультации, болезненность при пальпации, симптомы раздражения брюшины, состояние моторики желудочно-кишечного тракта).

Помимо изучения клинических данных, оценка течения заболевания проводилась с использованием инструментальных и лабораторных исследований. Из инструментальных методов исследования нами были использованы: эндоскопические методы (ФГДС), рентгенография, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, регуляторная термография и электроакупунктурная диагностика. Все клинические и биохимические анализы крови, исследование ферментов поджелудочной железы (амилазы крови) и амилазы в моче проводили по общепринятым унифицированным методикам.

Все больные (105 человек) получали традиционное лечение и общепринятые диагностические проце-



дуры в стационаре. Анализируемые больные были разделены на 3 группы.

Основная группа (35 человек), наряду с медикаментозными методами лечения ежедневно получала процедуры биорезонансной терапии (10-12 процедур). Контрольная группа (35 человек) получала только медикаментозное лечение. Больные группы плацебо (35 человек) получали медикаментозное лечение и процедуры БРТ (10-12 процедур), при этом только включался аппарат, а лечебное воздействие не проводилось. Этиология ХП в исследуемом материале была представлена алиментарной, алкогольной, билиарной и токсической формами.

Основными принципами консервативной терапии при обострении хронического панкреатита являются: купирование болевого синдрома, создание функционального покоя ПЖ, уменьшение её секреторной активности, коррекция экзокринной недостаточности, коррекция углеводного обмена и коррекция синдрома мальабсорбции. Миотропные спазмолитики назначаются в зависимости от индивидуальной переносимости: но-шпа, папаверин (2%-2 мл), платифиллин (0,2% - 2 мл), сернокислая магнезия (25% - 5 мл).

Для снятия болевого синдрома применяли ганглиоблокаторы: ганглерон (внутримышечно по 2 мл - 1,5% раствора) и кватерон (по 0,02 г 3-4 раза в день). Перечисленные выше препараты вводили в виде капельного «коктейля» внутривенно: изотонический раствор хлорида натрия – 500 мл, баралгин – 5 мл, димедрол 1% -1 мл, папаверин 2% -2 мл, сернокислая магнезия 25% -5 мл, аскорбиновая кислота – 5 мл, липоевая кислота 0,5% - 2 мл, новокаин 0,5% - 20 мл.

Для снижения гиперферментемии и интоксикации применяли внутривенные капельные вливания антиферментных препаратов. В первые 3-5 дней вводили контрикал в дозе 10000-20000 ЕД, на 250 мл- 400мл изотонического раствора хлорида натрия два раза в день, а в последующие дни - однократно по 10000-15000 ЕД. Гордокс - не менее 200000-300000 ЕД.

При выраженной гиперсекреции применяли антациды (альмагель, фосфолюгель внутрь по 1 мерной ложке 3-4 раза в день) и H<sub>2</sub> блокаторы (квamatел по 1-2 (0,5г) капсулы - 3 раза в день, 7-10 дней), ранитидин по 150 мг внутривенно каждые 8 часов.

Для улучшения внешнесекреторной функции ПЖ применяли: креон, мезим - форте, фестал Н. Суточная доза - 50000 ЕД., по 1 капсуле креона 10000 - 5 раз в день.

После купирования болевого синдрома (или с 4-го дня от начала лечения) дробное питание с ограничением животного жира, полиферментные препараты (креон, панцитрат по 1-2 капсуле 3 раза в сутки). По-

степенно отменяли анальгетики, инфузионную терапию с продолжением приёма блокаторов секреции на протяжении 2-3 месяцев; прокинетики (мотилиум, координакс по 10 мг 3-4 раза в день).

Наряду с консервативной терапией, больным основной группы (35 человек), проводили процедуры БРТ. В группе плацебо проводилась имитация процедур БРТ. Лечение состояло из двух этапов: базисной и целевой терапии.

Первый этап. Состоял из 5-6 процедур базисной терапии, при этом воздействовали на весь организм с целью оптимизировать и привести к норме основные жизненно важные органы и купировать болевой синдром.

Для купирования болевого синдрома использовался режим  $H + D_{-}$ , где  $H$  = гармоническая информация - полезная для организма, а  $D_{-}$  = отделённая дисгармоническая информация, патологическая для организма, инвертирована).

1 – й режим:  $H = 0.1 - 4$  (полезные колебания) +  $D_{-} = 0$  (без нагрузки).

2 – й режим:  $H = 0$  (нет полезных колебаний) +  $D_{-} = 1 - 40$  (нагрузка на организм патологическими колебаниями).

3 – й режим:  $H = 0.1 - 4$  (лечебная частота) +  $D_{-} = 1 - 40$  (дополнительная нагрузка).

Если частота неизвестна, можно применить такой режим, когда организм сам выберет нужную ему частоту, особенно при острых болях. Можно в режиме  $H + D_{-}$  пройти за 3 - 6 минут со 100 Гц до 2 кГц (с шагом 100 Гц), задерживаясь по 10 – 20 сек на каждой частоте. Один цикл: - 10 сек (7 сек – тракт БРТ открыт, 3 сек – тракт БРТ закрыт). Режим БРТ руч, ПФ,  $H=1-2$ ,  $D_{-}=2-5$ . При этом использовали ручные и ножные роликовые, пластинчатые и точечные электроды.

Была применена программа «Базисная терапия хронических заболеваний». При этом использовали следующие частоты БРТ: 1.Фаза: БФ  $A_{-}=21$ , 2 мин, 2.Фаза: НЧ, 1000Гц,  $A_{-}=14$ , 3 мин, 3. Фаза: ВЧ, 1000 Гц,  $A_{-}=10$ , 1 мин.

На этом этапе лечения воздействовали на точки измерения ПЖ, которые были подвержены наиболее болезни и приводили их к норме.

Ниже приведены схемы подключения электродов к больному в процессе лечения БРТ и в режиме диагностики. Входящий электрод (вход 1): рука/нога или наивысшее квадрантное отведение. Выходной чашечный электрод (выход 2): рука/нога или низкое квадрантное отведение. Входной чашечный электрод (вход 3).

Второй этап. Состоял из 5-7 процедур целевой терапии. Проводилась терапия по меридиану ПЖ,



при этом использовались пластинчатые, роликовые и точечные электроды. При хронических дегенеративных процессах в ПЖ использовали следующий режим БРТ терапии: низкие частоты (НЧ) БРТ - от 100 до 1000 Гц, с высоким усилением  $A_{\text{нч}}$  (14-35), длительность интервала времени лечения – 6-18 минут. Эти частоты использовали, когда показание ЭАФ в точках ПЖ колебалось на уровне (40-20 ед.). При острых и под острых процессах в ПЖ, использовали следующий режим БРТ терапии: высокие частоты (ВЧ) от 1000 до 10000 Гц, низкое усиление  $A_{\text{вч}}$  = 4-14, короткий интервал времени воздействия (3-7 мин). При этом показание ЭАФ в БАТ ПЖ колебалась на уровне (70-95 ед.).

Кроме ножных или ручных электродов подключались роликовый и точечный электроды, которые устанавливали на БАТ ПЖ, где были выявлены отклонения от нормы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** При обследовании больных были выявлены сопутствующие заболевания органов пищеварения. В 47,6% - случаев ХП сопутствует заболеваниям печени и жёлчевыводящих путей. В 33,3% случаев ХП встречается с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки, а в 19% случаев ХП выявляли заболевания тонкого и толстого кишечника.

При поступлении 40,3% больных жаловались на опоясывающие боли в эпигастрии, преимущественно справа, в правом подреберье, с иррадиацией в области VI-XI грудных позвонков. У 39,4% больных боли локализовались в эпигастрии, что, как правило, характеризует поражение тела ПЖ. У 16,4% боли локализовались в левом подреберье, при этом они иррадиировали влево и вниз от VI грудного до I поясничного позвонка, что характерно при поражении хвоста ПЖ. При тотальном поражении ПЖ боли локализовались по всей верхней половине живота и носили опоясывающий характер, что определялось у 5,6% больных. Чаще всего боли появлялись после обильной еды, особенно жирной, жареной и спиртного.

На тошноту жаловались 85,7% больных, жалобу на рвоту жаловались 70,4% больных, на изжогу - 45,5% больных. Горечь во рту отмечалась у 55,3% больных, вздутие живота беспокоило 75,2% больных. Запоры отмечались у 30,6% больных, панкреатогенные поносы обнаружены у 35,2% больных.

Клинический анализ крови показал: увеличение СОЭ до 10-15 ед. - у 67,4% больных, а также увеличение количества лейкоцитов до 9.5-16 ед.

Биохимический анализ крови показал статистические увеличения амилазы крови (110-1000ед) у 75,7% больных, трансаминазы - у 70,2% больных, билирубина - у 65,4% больных и креатинина - у 30% больных.

Наблюдалось увеличение глюкозы у 65,2% и мочевины у 67,6% больных, увеличение уровень амилазы мочи определялся у 70,4% больных.

Изучение результатов копрограмм показало типичный копрологический синдром недостаточности панкреатического пищеварения, который развивается при утрате 80 % функционирующей паренхимы у 98% больных.

При фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) у 60,4% больных был выявлен хронический гастрит. У 3,4% больных определили язвенную болезнь желудка, у 5,6% больных была обнаружена язва 12-перстной кишки и у 32,3% больных выявили хронический дуоденит.

При ультразвуковом исследовании у 55,6% больных диагностировали гепатомегалию и диффузные изменения в печени, у 75,2% больных установили диффузные изменения в поджелудочной железе. У 80,4% больных обнаружили острое воспаление ПЖ и у 20,4% больных определили кисты ПЖ, у 31,1% больных выявили желчекаменную болезнь, а у 35% больных - хронический холецистит.

При компьютерной томографии очаги некрозов выявлены у 13,4% пациентов, кальцинаты в ПЖ - у 34,4% больных. Кисты в ПЖ были выявлены у 30,7% больных.

Рентгенологическое исследование органов брюшной полости позволило выявить кальцинаты на поздних стадиях у 30,3% больных.

При регуляционной термографии больных ХП в стадии обострения в проекции зон Pa1, Pa2 поджелудочной железы выявлены: в 70,3% случаев гиперрегуляция, что с учётом клинических признаков свидетельствовало об остром воспалительном процессе в ПЖ, в 20,5% случаев выявлена термографическая жёсткость, указывающая на соединительнотканную дегенерацию в ПЖ, а в 10,2% случаев определены парадоксальные значения, что указывает на наличие кистозных образований в ПЖ, подтверждённых УЗИ и МРТ исследованиями.

При ЭАФ увеличение показателей БАТ ПЖ выявлено у 82,3% пациентов. Показатели прибора при этом колебались в пределах 90-70 ед., что указывало на острый воспалительный процесс, и у 17,1% показатели прибора были на уровне 50-35 ед., что свидетельствовало о дегенеративных изменениях в ПЖ.

Индекс качества жизни (GIQLI) у 97,1% больных составил 54 балла, что является низким показателем объективного состояния больных.

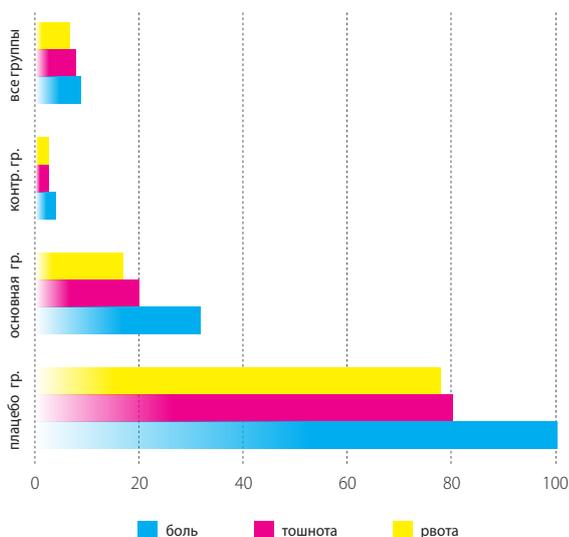
При исследовании у 6,6% (7) больных была выявлена органическая патология обострения ХП, требующая



хирургической коррекции. После проведённых хирургических операций (холецистэктомия, холедохолитотомия, папилосфинктеротомия, панкреатодигестивное соустье и др.) больные получали комплексную консервативную терапию.

В результате проведённого комплексного лечения с применением БРТ у больных ХП в стадии обострения выявлена положительная динамика в течении заболевания.

**РИС.1. ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ С ХП В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ И В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ**



У больных основной группы жалобы на боль, тошноту и рвоту после курса лечения отмечались в единичных случаях. В контрольной группе и группе плацебо жалобы определялись у большего количества пациентов.

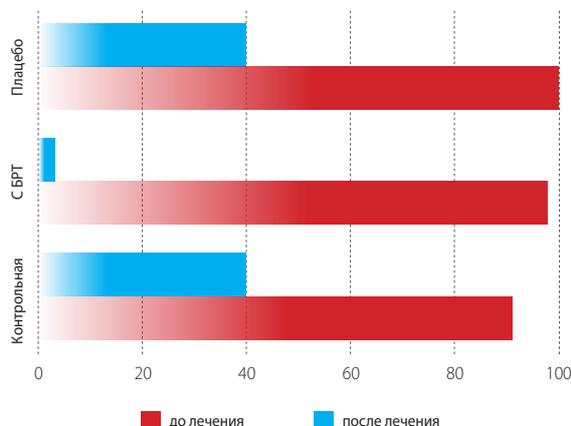
Одними из основных биохимических показателей, характеризующих состояние ПЖ при обострении, является повышенный уровень сывороточной липазы и амилазы крови. Это в комплексе с клинической картиной заболевания позволяет определить степень тяжести обострения ХП.

Показатели уровня липазы крови в группе больных, лечившихся методом БРТ достоверно ниже ( $P < 0,01$ ), чем в остальных группах.

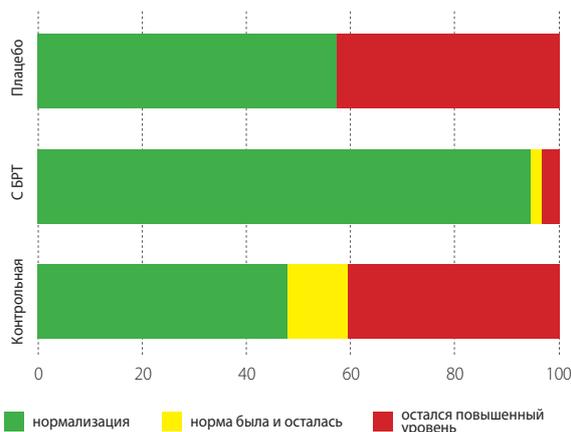
При оценке частот отклонения от нормы до лечения достоверных различий не было ( $P > 0,05$ ), что позволяет говорить о сопоставимости групп, а после лечения в группе с БРТ частота повышения была достоверно ниже ( $P < 0,01$ ).

До лечения уровень амилазы не различался ( $P > 0,05$ ), что позволяет говорить о сопоставимости групп.

**РИС.2. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПАЗЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХП В ГРУППАХ СРАВНЕНИЯ**



**РИС.3. ПОКАЗАТЕЛИ СТАБИЛИЗАЦИИ АМИЛАЗЫ КРОВИ В ГРУППАХ СРАВНЕНИЯ**



Статистическая значимость ( $P < 0,01$ ) снижения амилазы в процессе лечения отмечается во всех группах, а в группе с БРТ уровень амилазы после лечения статистически ниже ( $P < 0,001$ ) чем в других группах.

Динамика показателей УЗИ ПЖ показывает, что состояние ПЖ в основной группе улучшилось на 59,5% по сравнению с контрольной группой и группой плацебо, что свидетельствует об успешно проведённой терапии с помощью БРТ.

При помощи ЭПД по Фоллю оценивали показатели экзокринной функции ПЖ в начале, в динамике и в конце лечения. В качестве наглядной иллюстрации исследовали следующие БАТ точки ПЖ: RP1 - протеолитические ферменты ПЖ, белковый обмен.

Согласно рисунку 5, оценивались показатели белкового обмена RP1, в начале лечения RP1\_01 с падением стрелки Rp1\_02, и в конце лечения Rp1\_03, с падением стрелки и истинного значения Rp1\_04.

Измерения проводились во всех трёх группах: 1-контрольная (получивших только консервативное лечение), 2-основная (получивших лечение методом БРТ) и 3-группа плацебо.

Во время измерения ЭАФ показателей учитывалось время падения стрелки прибора и скорость падения. Нормальной считали показатели 50-65ед. прибора.

У пациентов основной группы в процессе комплексного лечения отмечалась нормализация показателей, отражающих белковый обмен. В тоже время у пациентов контрольной и плацебо группы, показатели не соответствовали норме.

Одним из критериев успешного лечения больных является индекс качества жизни больных ХП в стадии обострения.

РИС.4. УРОВНИ АМИЛАЗЫ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ В ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУППАХ

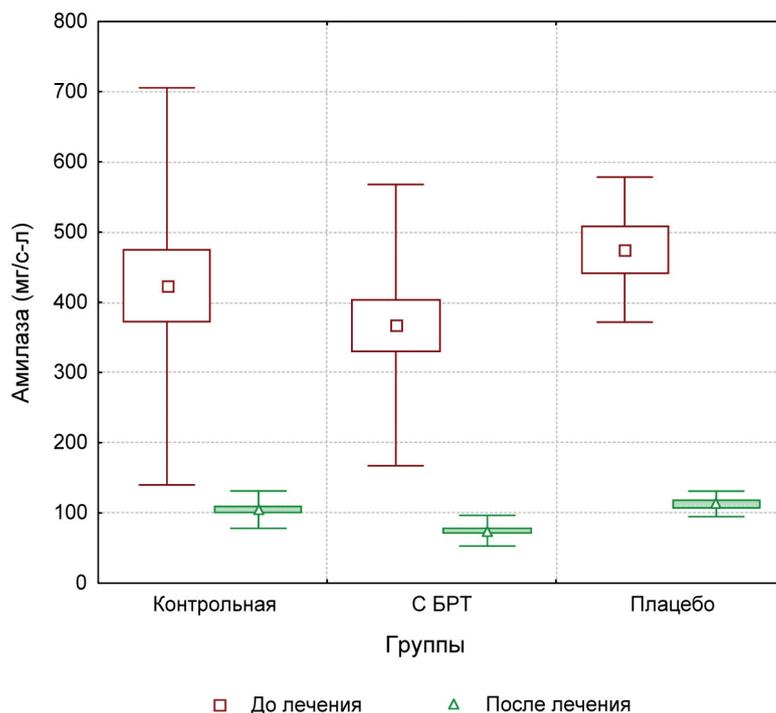
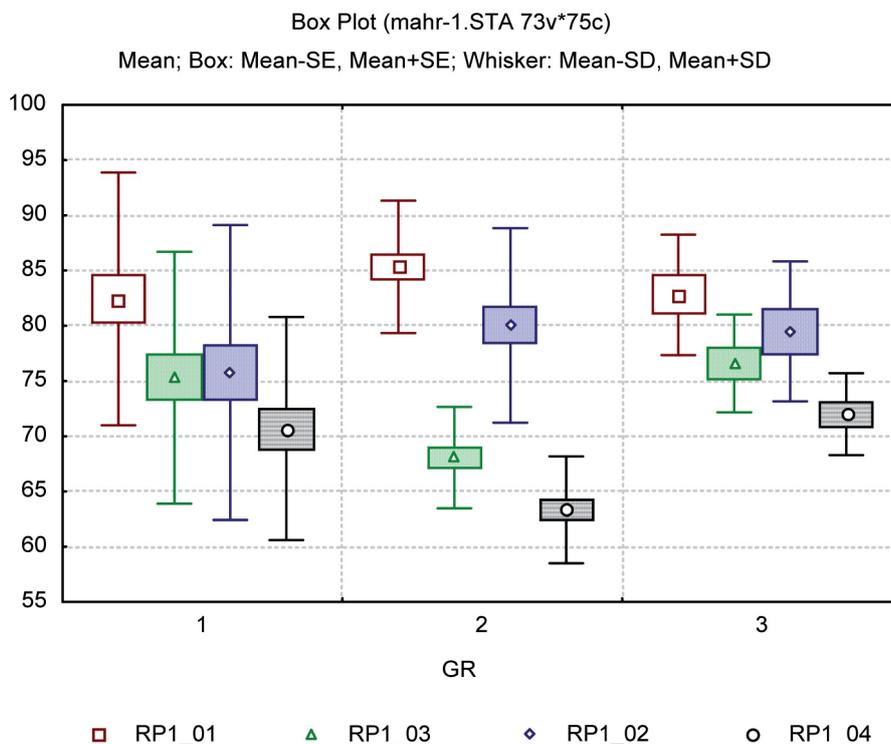
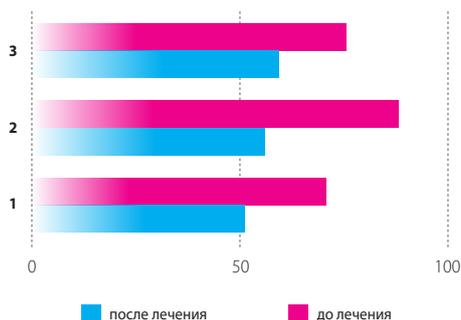


РИС.5. ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА ВО ВСЕХ ТРЁХ ГРУППАХ - RP1





**РИС 6. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ (GIQLI)**



Из рисунка 6 видно, что в основной группе (2) разница до и после лечения составила 31 балла. В контрольной группе (1) - 16 баллов, а в группе плацебо (3) - 13 баллов. Это указывает на то, что качество жизни больных, в комплексном лечении которых применяли метод БРТ, в два раза лучше, чем в контрольной группе и группе плацебо. Отсюда можно прийти к выводу, что больные 2-ой (основной) группы, получившее комплексное лечение в сочетании с БРТ, отмечают наилучший результат лечения.

Таким образом, у больных основной группы жалобы на боли в животе достоверно уменьшились у 94,3% больных, тошноты не было у 97,1% больных, а рвота отсутствовала у 97,1% больных. В контрольной группе после проведённой терапии жалобы на боли в животе уменьшились у 68,76%, отсутствовала тошнота у 80% больных и рвота отсутствовала у 85,7% больных. В группе «плацебо» жалобы на боли уменьшились у 88,6% больных, тошноты не было у 89% больных и рвота отсутствовала у 90% больных, что свидетельствует о благоприятном влиянии БРТ на течение воспалительного процесса в ПЖ.

Из результатов нашего исследования установлено, что хроническому панкреатиту чаще всего сопутствуют заболевания печени и желчных путей, затем идут болезни желудка и 12-перстной кишки, тонкого и толстого кишечника.

Клинические данные в основной группе свидетельствовали об уменьшении уровня липазы у 97,1% (34), амилазы у 97,1% (34), а в контрольной группе - липазы у 74,2% (26) и амилазы у 74,2% (26) больных. В группе «плацебо» уровень липазы уменьшился у 74,2% (26) и амилазы у 88,5% из 30 больных.

По данным УЗИ в основной группе у 91,4% (32) выявлено снижение отёка, у 8,57% (3) были выявлены очаги фиброза, а в контрольной группе у 74,3% (26) выявлено снижение отёка ПЖ. В группе «плацебо» у 82,8% (29) выявлены уменьшение отёка и нормализация размеров ПЖ.

При ЭАФ у 80% больных основной группы достоверно выявлено улучшение экзокринной функции ПЖ. В нашем исследовании чувствительность метода ЭАФ

составила (Se)=81%, специфичность метода ЭАФ (Sp)=80%.

При РТГ исследовании в основной группе больных в зонах Pa, Pa2 ПЖ у 91,4% (32) пациентов выявлена нормотермия. В контрольной группе выявлена стабилизация у 74,3% (26). В группе «плацебо» у 80% (28) больных выявлена нормотермия и у 20% (7) - сохранились дегенеративные явления в ПЖ.

Чувствительность метода составила РТГ(Se)=91%, а специфичность метода - РТГ (Sp)=90%.

Показатели индекса качества жизни (GIQLI) до и после лечения свидетельствуют о том, что качество жизни больных, получавших в комплексном лечении БРТ, в два раза лучше, чем в контрольной группе и группе плацебо. Отсюда следует вывод, что больные 2-ой (основной) группы, получившие лечение методом БРТ, отмечают его наилучший результат.

В процессе исследования у 6,6% (7) больных была выявлена органическая патология обострения ХП, требующая хирургической коррекции. После проведённых хирургических операций (холецистэктомия, холедохолитотомия, папилосфинктеротомия, панкреато-дигестивное соустье и др.) больные получали комплексную консервативную терапию.

Анализ комплексного лечения больных с обострением хронического панкреатита во всех трёх группах показал, что наиболее выраженный положительный эффект был достигнут во второй группе (основной), получавшей курс лечения методом БРТ, о чём свидетельствуют: снижение болевого синдрома, нормализация экзокринной функции ПЖ, улучшение внутрисекреторной функции ПЖ, ликвидация воспалительного процесса в ней и улучшение качества жизни больных.

Проведённые нами исследования свидетельствуют об эффективности применения БРТ в комплексном лечении больных хроническим панкреатитом в стадии обострения.

**ВЫВОДЫ:** 1. Электропунктурная диагностика позволяет выявить ХП не только при наличии обострения, но и на доклинической стадии, когда рентгенологическое обследование, УЗИ, ФГДС, лабораторные данные не определяют патологии. При ЭАФ у 85,6% больных достоверно выявлено нарушение экзокринной функции ПЖ.

2. При использовании регуляционной термографии ПЖ в 70,3% случаев определена гиперрегуляция, что с учётом клинических признаков свидетельствует об остром воспалительном процессе в ПЖ. В 20,5% случаев выявлена термографическая жёсткость, указывающая на соединительнотканную дегенерацию в ПЖ. В 10,2% случаев выявлены парадоксальные значения показателей, что указывает на наличие кистозных образований в ПЖ, подтверждённых УЗИ и МРТ исследованиями.



3. Применение БРТ в комплексном лечении больных ХП в стадии обострения позволило эффективно купировать болевой синдром у 95,6% больных, улучшить обменные процессы в ПЖ у 87,4% больных, нормализовать ферментативную функцию ПЖ у 82,7% больных и экзокринную функцию ПЖ у 97,4% больных ХП.

4. Индекс качества жизни (GIQLI) больных основной группы, получавших лечение с применением метода БРТ улучшился в два раза, по сравнению с пациентами контрольной группы и группы плацебо, что свидетельствует об эффективности применения БРТ в комплексном лечении обострений ХП.

5. При отсутствии эффекта БРТ показано дальнейшее обследование больных на предмет выявления органической природы, требующей хирургической коррекции (папиллосфинктеротомия, панкреато-дигестивное соустье и др.).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Губергриц Н.Б. Клиническая панкреатология / Н.Б.Губергриц, Т.Н.Христинич // - Донецк.-2000.-416 с.
2. Исламов Б.И. Некоторые итоги применения биорезонансной терапии в лечебной практике / Б.И.Исламов, Ю.В.Готовский, В.А. Фунтиков // III Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты применения адаптивной биорезонансной и мультирезонансной терапии»: Тезисы докладов.- М.-1997.-С.40-60
3. Катин А.Я. Миллиметровые волны, биологически активные точки и метод Р. Фолля /А.Я.Катин// Сборник докладов международного конгресса "Миллиметровые волны в медицине". - М.-1995.- С.55-56
4. Кокуева О.В. Диагностика заболеваний поджелудочной железы: прошлое, настоящее и будущее/ О.В.Кокуева, О.А.Усова, Н.В. Новосела // Клиническая медицина.- 2001.- № 5.- С. 56-58
5. Мейзеров Е.Е. с соавт. Биорезонансная терапия / Е.Е. Мейзеров [с соавт.]// Методические рекомендации. - М.: Науч. - практ. центр традиц. мед. и гомеопатии МЗ РФ. -2000
6. Охлобыстин А.В. Заболевания поджелудочной железы. / А.В. Охлобыстин // Consilium medicum. Диспепсия / Приложение // -2002. - С.26-31
7. Соколов В.И. Хирургические заболевания поджелудочной железы / В.И.Соколов // М.: Медицина, 1998. - 192 с.
8. Adey W.R."Biological effects of electromagnetic fields" / W.R.Adey// Biochem, 51. 410-416, 1993
9. Galle M. Biophotonen und MORA-Bioresonanz – eine theoretische Annäherung / M.Galle // Erfahrungsheilkunde 54, pp 293-300, 2005
10. Popp F.A. Biophoton emission /F.A.Popp// Experimentia. -1988. -Vol.44. -P.443-449
11. Morell F. Mora-Therapie /F.Morell// Heidelberg: Hand Verlag, 1987.P.123
12. Rost J. Regulationsthermographie / J.Rost // Eine kurze Darstellung. Paradigma-Verlag, Bellamont (1997)

## Summary

### Features of bioresonance therapy in the treatment of patients with chronic pancreatitis in acute stage

Z.Kh. Mahramov, V.V. Kiryanova, A.I. Shugaev

The work is based on an analysis of the results of bio-resonance therapy (BRT) in the treatment of 105 patients with chronic pancreatitis (CP) in the acute stage.

BRT in the complex treatment of patients with CP and in the acute stage has allowed to effectively suppressed the pain syndrome in 95.6% of the patients, to improve the metabolic processes in the pancreas in 87.4% of patients, to normalize the enzymatic (from 82.7% of patients) and exocrine (y 97.4%), pancreatic function in patients with CP.

Quality of Life Index (GIQLI) in study group patients who were treated using the method of BRT has improved twice, compared with the control group and the placebo group, indicating the effectiveness of BRT in the complex treatment of CP in acute stage.

**Key words:** chronic pancreatitis, bioresonance therapy

#### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**З.Х. Махрамов** - аспирант кафедры хирургии им. В.А.Оппеля Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования; Россия, Санкт-Петербург, E-mail: mazaho@mail.ru Тел.: +(107) 9045168409