

5. Лечение нифедипином легочной гипертензии, осложняющей хронические обструктивные болезни легких. / Н.Р. Палеев [и др.] // Клиническая медицина. – 1989. – №6. – С. 117–120.

6. Сидоренко, Б.А. Антагонисты кальция / Б.А. Сидоренко, Д.В. Преображенский. – М.: АОЗТ «Информатик», 1997. – 176 с.

7. О частоте ишемической болезни сердца у больных хроническим бронхитом / В.В. Харламов [и

др.] // Коронарная болезнь сердца. – Красноярск, 1982. – С. 132–137.

8. Echocardiographic assessment of left ventricular hypertrophy: comparison to necropsy findings / R.B. Devereux [et al.] // Am J Cardiol. – 1986. – V.57. – P. 450–458.

9. Just, H. Calcium antagonist drugs in hypertensive patients with angina pectoris / H. Just, M. Frey, M. Zehender // Eur. Heart J. – 1996. – V.17. – P. 20–24.

УДК 616.33-002.44+615.33]:615.844.3

## НИЗКОЧАСТОТНАЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНАЯ ТЕРАПИЯ – АЛЬТЕРНАТИВА АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Л.В. ВАСИЛЬЕВА, И.А. ГОРЬКОВЕНКО

*Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, ул. Студенческая, д.10, г. Воронеж, 394030, тел.: (473) 236-68-31*

**Аннотация:** статья посвящена эффективности применения низкочастотной электромагнитной терапии в комплексном лечении больных с язвенными поражениями желудочно-кишечного тракта.

**Ключевые слова:** язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, хеликобактер, эрадикационная терапия, полевая терапия.

## LOW-FREQUENCY ELECTROMAGNETIC THERAPY AS ALTERNATIVE OF ANTIBIOTIC THERAPY OF PEPTIC ULCER OF DIGESTIVE TRACT

L.V. VASILYEVA, I.A. GORKOVENKO

*Voronezh State N.N. Burdenko Medical Academy*

**Abstract:** article focuses on the effectiveness of low-frequency electromagnetic therapy in treatment in the patients with ulcerative lesions of the gastrointestinal tract.

**Key words:** ulcerative lesions of the gastrointestinal tract, Helicobacter pylori, eradication therapy, field therapy.

Язвенная болезнь (ЯБ) относится к числу наиболее часто встречающейся патологии желудочно-кишечного тракта (18% заболеваний ЖКТ), а выбор адекватных схем её лечения – к числу наиболее актуальных проблем современной гастроэнтерологии.

По данным клинических наблюдений, около 5-15% (в среднем 7-10%) взрослого населения земного шара страдает или страдало этим заболеванием [1]. Результаты патологоанатомических исследований дают более высокие цифры (около 28,8%), что свидетельствует о скрытом течении заболевания у ряда больных.

ЯБ – заболевание мультифакторного генеза, однако в настоящее время в этиопатогенезе болезни, особенно при её дуоденальной форме большое значение придаётся инфекционному агенту – *Helicobacter pylori* (HP) [1,2].

Исследования, проведённые Барри Маршаллом и Робинот Уорреном, положили начало антибиотикотерапии в лечении язвенной болезни.

До настоящего времени в России действуют рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции HP, разработанные на основе II Маастрихтского соглашения.

Лечение начинают со схемы первой линии:

– ингибитор протонной помпы (ИПП) в двойной дозе в два приёма утром и вечером до еды (омепразол и его аналоги);

– амоксициллин 2000 мг в сутки в два приёма;

– кларитромицин 1000 мг в сутки в два приёма во время еды в течение 7 дней.

При её неэффективности (отсутствие эрадикации HP через 4-6 недель после полной отмены антибиотиков и антисекреторных препаратов) пациенту назначается антихеликобактерная терапия второй линии:

– висмута трикалия дигидрат по 120 мг 4 раза в сутки или по 240 мг 2 раза в сутки;

– тетрациклин 2000 мг в сутки в четыре приёма;

– метронидазол 1000 мг в сутки в два приёма.

Ингибитор протонной помпы в двойной дозе в два приёма в течение 7 дней.

Схемы триплексной (трехкомпонентной) или квадротерапии (четырёхкомпонентной) позволили значительно сократить число рецидивов и осложнений у пациентов с язвенными поражениями ЖКТ, однако не решили проблему в целом, т.к. длительные курсы эрадикационной терапии плохо переносятся пациентами, вызывают ряд побочных эффектов и изменений лабораторных показателей, особенно у пациентов с сопутствующими заболеваниями.

Речь идёт о вызываемых современными антисекреторными препаратами почти полной редукции желудочной фазы пищеварения, дезорганизации его кишечной фазы, избыточной микробной контаминации желудка и тонкой кишки, риске развития карциноидной опухоли в желудке и высокой частоте ранних рецидивов (симптом «рикошета») [3].

Спектр негативных последствий антихеликобактерной терапии является ещё более широким, не говоря уже о возрастающей с каждым годом вторичной (приобретённой) резистентности НР к антибактериальным препаратам, используемым для эрадикации [2].

«Мы подаём сигнал тревоги, поскольку настал критический момент, когда устойчивость к антибиотикам достигла беспрецедентных уровней, а новые антибиотики появляются недостаточно быстро», – сказала директор Европейского регионального бюро ВОЗ Сюзанна Якоб. «Антибиотики – это уникальное достижение науки, но мы относимся к ним как к должному и используем их слишком массивно и неправильно. В результате появились «супербактерии», которые не реагируют ни на одно лекарство» [6].

Всё это ведёт к поиску альтернативных возможностей, имеющихся в арсенале традиционной медицины.

Одним из таких методов является метод низкочастотной электромагнитной терапии с применением приборов, индуцирующих электромагнитные колебания в диапазоне от 0,01 до 10 000 Гц.

Суть метода такова: Организм и его функционирующие системы являются источником чрезвычайно малых *электромагнитных колебаний* (ЭМК) в широком спектре частот. Каждый орган имеет свою частоту, здоровые органы имеют схожие спектры частот ЭМК – это уровень управления, они стимулируют и контролируют все процессы жизнедеятельности в организме. У здоровых людей эти частоты неизменны. При патологиях возникают новые источники ЭМК, нехарактерные для здорового организма. При нарушении динамического равновесия между физиологическими (гармоничными) частотами и патологическими (промодулированными по частоте, фазе и амплитуде по закону, зависящему от характера патологии) частотами возникает информационно-энергетическая блокада, дающая толчок для запуска патологических реакций. При заболевании происхо-

дит изменение рабочей частоты органа, что сопровождается резким уменьшением энергии в органе. С помощью программы, заложенной в прибор, электромагнитное поле определенной частоты воздействует на орган и возвращает его в нормальный режим работы. За счет явления резонанса повышается энергия органа, что дает возможность организму бороться с заболеванием. При этом вносимая в организм энергия настолько мала, что не вызывает нарушения энергоинформационного гомеостаза, что особенно важно при лечении пациентов с онкопатологией [4,6].

Спектр частот, воздействующих на орган или систему этиологически, патогенетически или симптоматически строго специфичен, что позволяет воздействовать целенаправленно и предельно точно. Высокий терапевтический эффект достигается за счет большой проникающей способности электромагнитного поля в организм [5].

В своей работе мы использовали диагностические и лечебные приборы НПП «Элис»(г. Зеленоград).

**Цель исследования** – сравнить эффективность эрадикационной терапии у пациентов, применяющих традиционные схемы лечения и сочетания традиционных схем с методом *низкочастотной электромагнитной терапии* (НЭТ) и определить эффективность противомикробного действия приборов НЭТ в отношении хеликобактерпилори.

**Материалы и методы исследования.** Для дальнейшего наблюдения и лечения пациенты были разделены на 3 группы:

1. пациенты, получавшие антибиотики, подобранные методом Р. Фолля (45 чел.);
2. пациенты, получавшие только сеансы лечения прибором низкочастотной электромагнитной терапии (10 чел.);
3. пациенты, получавшие традиционное лечение (контрольная группа 50 чел.).

**Результаты и их обсуждение.** Наблюдения за пациентами первой группы позволили выявить изменения чувствительности к антибактериальным препаратам у пациентов с хеликобактерпилорией, ассоциированной с другими возбудителями в организме пациента. В отдельных случаях, препараты, рекомендованные к применению, вообще оказывались неэффективными и были заменены на ампициллин, ципрофлоксацин или фуразолидон. Это позволило повысить эффективность эрадикационной терапии, сократив сроки лечения и побочные эффекты, без снижения эффективности терапии.

Так, эрадикация НР у пациентов этой группы отмечалась на 2-6 неделях, в среднем к 4 неделе. При этом только у одного пациента этой группы были отмечены рецидивы заболевания, как установлено нами позже, вследствие реинфицирования. У остальных пациентов (44 чел. – 97,8%) наблюдалась стойкая ремиссия при контроле через 3, 6 и 12 мес. после лечения.

Пациентам этой группы реже назначались пре-

параты для восстановления нормальной микрофлоры, т.к. изменения микробного состава отслеживались при контрольных посещениях и схемы антибактериальной терапии корректировались с учетом этих изменений.

Данные лабораторных исследований, результаты ФГДС и УЗИ органов брюшной полости у пациентов этой группы от контрольной группы не отличались.

Во вторую группу вошли пациенты, которым проводилась терапия без применения антибактериальных средств, а с использованием приборов НЭТ Дэта-АП (антипаразитарный). Эту группу пациентов составили пациенты с аллергическими реакциями на антибиотики (10 чел.).

Программы антипаразитарной терапии были составлены индивидуально для каждого пациента с учетом выявленных возбудителей. Сеансы проводились ежедневно 5 дней в неделю на протяжении 3 недель (всего 15 сеансов). Прибор размещался на теле пациента в области эпигастрия. Время экспозиции составляло от 40 до 90 минут.

Этой группе пациентов назначались также дренажные (улучшающие выведение) или детоксикационные программы (для устранения негативных последствий эрадикационной терапии).

В результате наблюдения установлено, что купирование болевого синдрома у пациентов, применявших прибор низкочастотной электромагнитной терапии, происходило на 2-3 сутки, диспепсические проявления купировались на 3-5 сутки, снижалась доза препаратов-антацидов.

При проведении ФГДС у пациентов этой группы отмечалось уменьшение перифокального воспаления, сокращались сроки рубцевания до 3-4 недель, у отдельных пациентов рубцевание язвенных дефектов проходило без образования грубого рубца, что описывалось врачом, проводившим ФГДС, как хронический гастрит или дуоденит.

У всех 10 чел. (100% случаев) отмечалась стойкая ремиссия через 3, 6 и 12 месяцев после окончания курса лечения.

В контрольной группе пациентов купирование болевого синдрома проходило на 6-7 сутки, диспепсические проявления сохранялись у отдельных пациентов до 2-3 месяцев, рубцевание язвенных дефектов при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке проходило к 4 неделе, а язвенных поражений желудка около 6 недель. Высоким оставался и процент рецидивов-18-20% в течение первых 6 месяцев

**Выводы.** Метод низкочастотной электромагнитной терапии может быть рекомендован как дополнение в лечении пациентов с язвенными поражениями желудочно-кишечного тракта, ассоциированными с хеликобактериеллой, с целью повышения эффективности схем эрадикационной терапии, а также в качестве самостоятельного метода как альтернатива антибактериальным средствам у пациентов отдельных групп (при лекарственной непереносимости, у беременных, онкобольных).

#### Литература

1. Внутренние болезни по Дэвидсону под ред. д.м.н., проф. В.Т.Ивашкина, М., РИД ЭЛИВЕР, 2009.– С.54–60;
2. Гастроэнтерология. Национальное руководство краткое издание под ред. академика РАМН В.Т.Ивашкина, М., издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2012.– С.113–125;
3. Гастроэнтерология. Учебно-методическое пособие под ред. проф. В.М.Провоторова и проф. Г.Г. Семеновой, Издательско-полиграфический центр Воронежского государственного университета, 2010.– С.152–164;
4. Катин, А.Я. Фолль-метод 2 плюс, Издательство центр «QuoVadis» / А.Я. Катин, 1995.– С.5–14, 56–58;
5. Коноплев, С.П. Методические рекомендации по электромагнитной терапии / С.П. Коноплев.– М.: «Имедис», 2008.– 100 с.
6. Юсупов, Г.А. Энергоинформационная медицина / Г.А. Юсупов.– М.: Издательский дом «Московские новости», 2000.– С.101–112, 277–290

УДК 616.248+616.12-005.4] : 615.849.19

### КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И НАДВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Е.М. ТОЛСТЫХ, Е.П. КАРПУХИНА, Л.В.ВАСИЛЬЕВА

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко», ул. Депутатская, д. 15,  
г. Воронеж, 394055, тел.: (473) 236-68-31

**Аннотация:** в статье представлены результаты исследования по применению низкоинтенсивной лазерной терапии в лечении больных бронхиальной астмой в сочетании с гипертонической болезнью. Все 62 пациента бы-