

Міжнародна асоціація лікарів інформаційно-хвильової терапії
ВГО Національний комітет по боротьбі з корупцією
Інститут інформаційно-хвильових технологій
Міжнародний науково-медичний центр
Інформаційно-хвильової терапії «Біополіс»

Науково-практична конференція

**ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ
ІНФОРМАЦІЙНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ СНІДУ**

**Матеріали конференції
(Доповіді, статті, повідомлення)**

12 грудня 2009 р.

1

Київ-2009

23. Krawitt EL, Ashikaga T, Gordon SR, Ferrentino N, Ray MA, Lidofsky SD; New York New England Study Team. Peginterferon a-2b and ribavirin for treatment-refractory chronic hepatitis C. J Hepatol 2005; 43(2): 243-9.

24. Bruno S, Facciotto C. The natural course of HCV infection and the need for treatment. Ann Hepatol 2008; 7(2): 114-9.

25. Лиманский Ю.П., Колбун Н.Д. Теоретические основы информационно-энергетической медицины // Теория и практика информационно-волновой терапии // Под ред. Н.Д. Колбуна. - Киев: Биополис, 1996. -С. 19-29.

26. Колбун Н.Д., Лиманский Ю.П. Атлас зон информационно-волновой терапии, - Киев: Биополис, 2007, - С.112.

ІНФОРМАЦІЙНО-ХВИЛЬОВА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОГО, ХРОНІЧНОГО ТА ВІЛ/СНІД- АСОЦІЙОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

*Ярешико Л.Г., Колбун М.Д., Куліш М.В., Коптев М.М.
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава
Інститут інформаційно-хвильових технологій, м. Київ*

Серед сучасних викликів, які людство отримало на межі ХХ і ХХІ століть, захворювання на ВІЛ/СНІД в поєднанні з туберкульозом та іншими хворобами є чи не найтяжчим.

ВІЛ/СНІД - це інфекційне захворювання, яке передається шляхом статевих зв'язків та гемоконтактним шляхом, коли інфіковані біоматеріали контактують із слизовими оболонками, травмованою шкірою, в умовах вагітності (трансплацентарно) чи при пологах.

Джерелом збудника СНІДу є виключно інфікована людина - її кров, сперма, вагінальний секрет, молоко.

Проникаючи в організм, вірус інфікує лімфоцити, їх субпопуляцію Т-хелперів, які мають рецептори CD4⁺, через які вірус проникає в клітини, викликаючи їх'апоптоз, цитоліз, що веде до зменшення їх кількості в крові і порушення їх функції, чим зумовлює формування імунодефіциту.

Цей процес повільний, тягнеться роками і завершується розвитком СНІДу - синдрому набутого імунодефіциту з розвитком

лімфопенії, ■шижшіям кількості Т-Хелперів і дисфункції фагоцитів. Це є ІУ клінічна стадія захворювання, коли в організмі активується шітогопші, умовно патогенна і навіть сапрофітна флора, викликаючи йол І органи І враження, які завершуються летальним наслідком.

Саме своєрідність шляхів і факторів передачі ВІЛ, безсимптомність клінічного перебігу на ранніх стадіях інфікування, обумовлюють беззахисність людини перед цією інфекцією, а неефективність традиційних протиепідемічних заходів робить цю інфекцію некеровлюю.

Сучасні методи тривалої (все життя), безперервної антиретровірусної поліхіміотерапії також мало ефективні, супроводжуються розвитком резистентності вірусу до препаратів, токсичними та алергічними реакціями організму на препарати і поганою їх переносимістю хворими.

Багатолітній світовий досвід використання АРТ показав, що вилікування хворих на ВІЛ/СНІД антиретровірусними препаратами недосяжне і, як правило, вони помирають через 5-10 років від СНІД-асоційованої патології, серед яких важливе місце посідає туберкульоз.

За даними Європейського регіонального бюро ВОЗ (2004) туберкульоз є основним проявом СНІДУ і складає в Західній Європі - 22%, Центральній Європі - 24% і в Східній Європі - 52%.

Результати епідеміологічного надзору в Україні показують, що захворюваність на туберкульоз серед хворих на СНІД досягає 50-70% і в 30% випадків є причиною їх смерті (Ю.І.Фещенко і * співавт., 2003).

Патогенетична спорідненість СНІДУ і туберкульозу пов'язана з формуванням імунodefіциту, пусковою ланкою якого є вірус імунodefіциту людини (ВІЛ). ВІЛ-інфекція вражає Т-хелпери - субпопуляція лімфоцитів, на поверхні яких є рецептори CD-4, через які вірус проникає в клітини і там розмножується. Клітини гинуть, вірус звільнюється і проникає в інші Т-лімфоцити, викликаючи порушення їх функції і руйнування, наслідком чого є формування імунodefіциту, що є основною умовою активації опортуністичної інфекції в тому числі і туберкульозу/

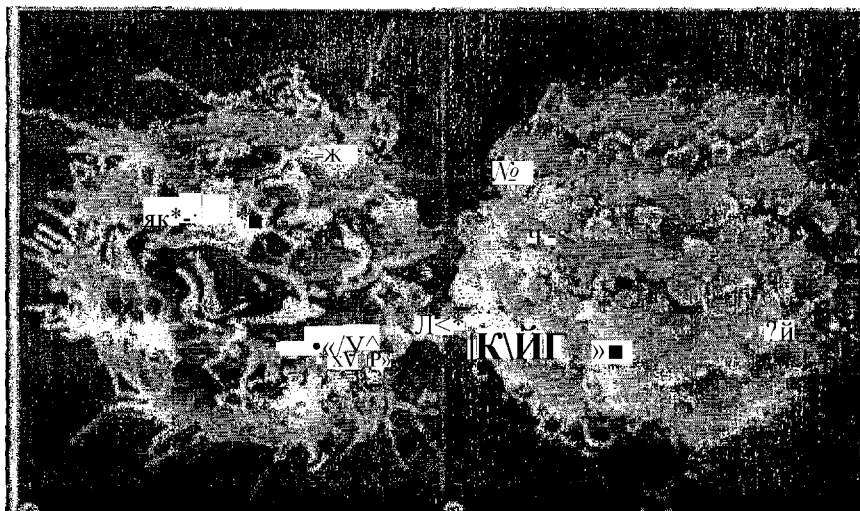


Рис.Д. Структурні зміни в Т-лімфоцитах, які спричиняє ВГЛ-інфекція. Зверху зліва — нормальна неінфікована Т-лімфоцитина: велика кількість довгих ворсинок-рецепторів зумовлює «волохатий» вигляд клітини. Справа — Т-клітина інфікована ВГЛ: її ворсинки трансформувалися в округлі пухирчасті утворення. (<http://www.kyaz.com/EngUsh/Effcfe> OfLewdness.html; lycees.acrouen.fr/ /Sidaimg/HIV003_LT4.jpg).

Неефективність лікувальна ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу, спрямованого проти етіологічних факторів (антиретровірусні і протитуберкульозні препарати) цих захворювань є свідченням того, що сучасні режими хіміотерапії вичерпали свої ресурси і стає очевидною необхідність проведення досліджень в пошуках нових лікувальних підходів, які б могли повноцінно доповнити етіотропну терапію патогенетичними засобами, спрямованими на відновлення і зміцнення імунологічного захисту організму.

Сучасна медицина використовує для лікування різних соматичних захворювань біля 15 електромагнітних апаратів, дія яких ґрунтується на здатності викликати резонансні коливання окремих структур живої клітини. Ці коливання клітини використовують як сигнали, що регулюють активність їх метаболічних процесів, а значить, і фізіологічні функції органів і систем. В літературі є декілька публікацій, присвячених лікуванню чпорих на туберкульоз із застосуванням апаратів НВЧ з

фіксованими частотами і із змінною частотою хвиль (Гайович А.И., 1092, Петренко В.М. і ін., 1991, Хоменко А.Г., Чуканов В. И., 1994). Клінічні спостереження підтверджують деякі позитивні ефекти фізіотерапії у хворих на туберкульоз. Але складною залишається проблема необхідності індивідуального підбору частот для кожного хворого, складність визначення сенсорних реакцій хворих. Цих недоліків, не має інформаційно-хвильова терапія, яка базується на гіпотезі «електромагнітної гомеопатії», запропонованої академіком М. Д. Колбуном (1980-1997) і відповідно до якої на організм подається сигнал наднизького рівня електромагнітного випромінювання у частотних діапазонах власних інформаційно-хвильових генераторів організму людини.

Значна кількість публікацій свідчить про унікальний досвід вивчення ефективності застосування апарату другого покоління «ІХТ-Поріг», спектр випромінювання якого містить частоти, що співпадають з індивідуальними частотами. Такий інформаційний вплив на організм синхронізує інформаційно-хвильові функції клітин та відновлює процеси саморегуляції хворого організму, викликає лікувальний ефект, в якому відсутній негативний вплив більш інтенсивних потоків електромагнітних хвиль НВЧ-діапазону [Колбун М.Д. і співавт., 1980-2007]. Метод ІХТ підтвердив імуностимулюючу, регенераторну, протизапальну, антиоксидантну дію при лікуванні соматичних захворювань.

У фтизіатричній практиці М. Д. Колбун і А. Г. Ярешко [29] показали позитивну клініко-рентгенологічну динаміку із зменшенням каверн, припинення бактеріовиділення та покращення загального стану хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень, чим поклали початок у дослідженні можливостей застосування нових біоінформаційних технологій для покращення результатів лікування туберкульозу. Метою цього дослідження було вивчення ефективності інформаційно-хвильової терапії в комплексному лікуванні хворих на вперше виявлений, хронічний та ВІІ/СНІД-асоційований деструктивний туберкульоз легень.

Матеріали та методи дослідження

Проведено клініко-статистичний аналіз ефективності лікування 226 хворих, із яких 168 хворих (контроль) отримували стандартну хіміотерапію відповідно до категорії і 58 хворих (основна), у яких

стандартна хіміотерапія була доповнена ІХТ. В основній групі у 41 хворого був вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень (ВДТБ), у 10 - хронічний та рецидивуючий туберкульоз легень (ХТБ) і у 7 - ВІЛ-СНІД-асоційований туберкульоз (ТБ + СНІД). Вони склали 3 основних підгрупи пацієнтів (1-ї групи). Із 168 хворих контрольної групи у 99 був ВДТБ, у 54 - ХТБ і у 15 - ВІЛ-СНІД-асоційований туберкульоз (табл. 1).

Табл.1.

Розподіл хворих за клініко-лабораторними та рентгенологічними даними

Групи хворих	Вперше діагностований туберкульоз		Хронічний туберкульоз		ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз	
	ІХТ+ХТ (n = 41)	XX (n = 99)	ІХТ+ХТ (n = 10)	ХТ (n = 54)	ІХТ+ХТ (n = 7)	ХТ (n = 15)
Характерні клініко-лабораторні дані	Абс. Число	%	Абс. Число	%	Абс. Число	%
Розподіл за статтю						
чоловіки	32	78,05	74	74,75	17	70,0
жінки	9	21,95	25	25,25	13	30,0
Розподіл за віком						
до 20 років	4	9,76	6	6,06	2	20,0
21-30 років	9	21,95	31	31,31	3	30,0
31-40 років	12	29,27	22	22,22	3	30,0
41-50 років	11	26,83	23	23,23	1	10,0
51-60 років	5	12,2	17	17,17	1	10,0
Розподіл за клінічними формами						
Вогнищевий	-	-	1	1,01	-	-
Інфільтративний	24	58,54	42	42,42	1	10,0
Дисемінований	15	36,58	56	56,57	7	70,0
Фіброзно-кавернозний	2	4,88	-	-	2	20,0
Позалегеновий ТБ	-	-	-	-	-	-
Розподіл за характером процесу						
Деструкція +	41	100,0	99	100,0	10	100,0
Деструкція-	-	-	-	-	-	-
Розподіл за наявністю масивних бактеріовиділень						
МБТ +	33	80,49	77	77,78	10	100,0
М.БТ-	8	19,51	22	22,22	-	-

Хворі основних і контрольних груп були ідентичні за статтю, віком, тяжкістю туберкульозного процесу. Більшість хворих мали * поширений деструктивний процес з тяжким перебігом і з бактеріовиділенням. Хворих відбирали на ІХТ за умов неефективного медикаментозного лікування, при наявності резистентності МБТ, коли через 2-4 місяці лікування зберігалось бактеріовиділення (50%), а також хворих з тяжким, перебігом або масивним бактеріовиділенням з початку лікування (50%).

Діагноз туберкульозу у хворих обох груп був підтверджений бактеріологічним та рентгенологічним обстеженням. Лікування хворих основної і контрольної групи здійснювалося за стандартними режимами. Хворі основної групи наряду з хіміопрепаратами отримували інформаційно-хвильову терапію (ІХТ), яка розширювала можливість використання протитуберкульозних препаратів основної групи.

В ході виконання роботи застосовувався апарат «ІХТ-Поріг» акад. М. Д. Їсолбуна, що генерує електромагнітні хвилі мм-діапазону. ІХТ проводили за методом А. Г. Ярешка і М. Д. Колбуна (патент України № 62429А, 2003 р.) та його модифікаціями. Випромінювач апарату спрямовували перпендикулярно до поверхні тіла (оголеної або через бавовняну тканину) на відстані 1 см від шкіри над проекцією патологічного процесу в легенях, печінкою, рефлексотерапевтичними точками загальної і направленої дії за показаннями. Тривалість опромінення кожної зони складала 3-5 хв. Сеанси проводились щоденно, на фоні адекватної протитуберкульозної терапії (4-5 АБП). Курс ІХТ складав 20 і більше процедур.

Контроль за ефективністю і переносимістю проведених лікувальних заходів проводився за допомогою клінічних, рентгенологічних, бактеріологічних та лабораторних методів обстеження. Статистичний аналіз показників проводили з використанням електронних таблиць Excel.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження показали, що пацієнти, які отримували ІХТ, вже через тиждень лікування відмітили покращення самопочуття, настрою, збільшення фізичних сил, зменшення кашлю та задишки, нормалізацію сну та апетиту. Деякі з них відмічали зникнення відчуття болю в проекції печінки після прийому хіміопрепаратів. Покращилась переносимість АБП, не відмічалось токсичних та токеко-алергічних реакцій на них, тоді як у хворих контрольних груп переносимість протитуберкульозного лікування була гіршою і спостерігались прояви побічних реакцій.

Деякі показники крові проявляють чітку позитивну реакцію на ІХТ. Так ШОЕ у всіх групах хворих, які отримували ІХТ уже через 2 місяці лікування покращились, порівняно з контрольною групою.

У хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз в I групі середній показник ШОЕ зменшився з $25,17 \pm 2,75$ мм/год до $11,41 \pm 1,67$ мм/год (54,71%), в контрольній - з $22,49 \pm 1,84$ мм/год до $13,14 \pm 1,31$ мм/год (41,57%); у хворих на хронічний туберкульоз легень цей показник зменшився відповідно з $36,10 \pm 6,24$ мм/год до $19,40 \pm 4,66$ мм/год (46,22%) та з $29,52 \pm 2,58$ мм/год до $23,75 \pm 2,72$ мм/год, (19,52%, $p < 0,05$); у хворих на ВІЛ-СНІД-асоційований туберкульоз цей показник знизився з $26,57 \pm 7,68$ мм/год до $19,29 \pm 7,09$ мм/год (27,4%), а в контрольній групі з $32,6 \pm 6,12$ мм/год до $25,2 \pm 4,3$ мм/год (22,7%).

Середній рівень лімфоцитів у першій групі збільшився з $22,70 \pm 1,37\%$ до $25,71 \pm 2,57\%$ - на 13,26%, у II-групі з $20,88 \pm 1,45\%$ до $21,97 \pm 1,74\%$ - на 5,27%.

Збільшення маси тіла в основній групі хворих на ВДТБ спостерігалось у 32 пацієнтів (78,0%), проти 42 (42,4%, $p < 0,01$) в контролі, в основній групі хворих на ХТБ відповідно у 7 пацієнтів (70,0%), проти 25 (44,64%) у контролі і в групі хворих на ВІЛ-СНІД-асоційований туберкульоз відповідно у 7 пацієнтів (100%), проти 7 (46,67%, $p < 0,05$) у контролі.

Цікаво відмітити, що середній рівень лейкоцитів у I групі хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз зріс з $4,68 \pm 0,43$ до $4,96 \pm 0,73$ - на 5,92%, тоді як в контрольній групі цей показник знизився з $6,6 \pm 0,65$ до $5,78 \pm 0,6$ - на 12,4% ($p < 0,05$). А по закінченню лікування нормалізація гемограми відмічалась у 85,72% хворих I групи, тоді як в контролі цей показник складав тільки 46,67% ($p < 0,05$).

Після проходження повного курсу стаціонарного лікування частота припинення бактеріовиділення, розсмоктування інфільтрації та загоєння каверн у хворих всіх груп відображена на рис. 1, з якого видно, що під впливом ІХТ припинення бактеріовиділення і закриття каверн у хворих на ВДТБ збільшилось на 7,37% та 25,59% ($p < 0,01$), у хворих на ХТБ - на 49,4% ($p < 0,01$) та 29,63% ($p < 0,01$) і у хворих на ВІЛ-СНІД-асоційований туберкульоз - на 40,0% ($p < 0,01$) та 21,43% ($p < 0,01$) відповідно порівняно з контрольними групами.

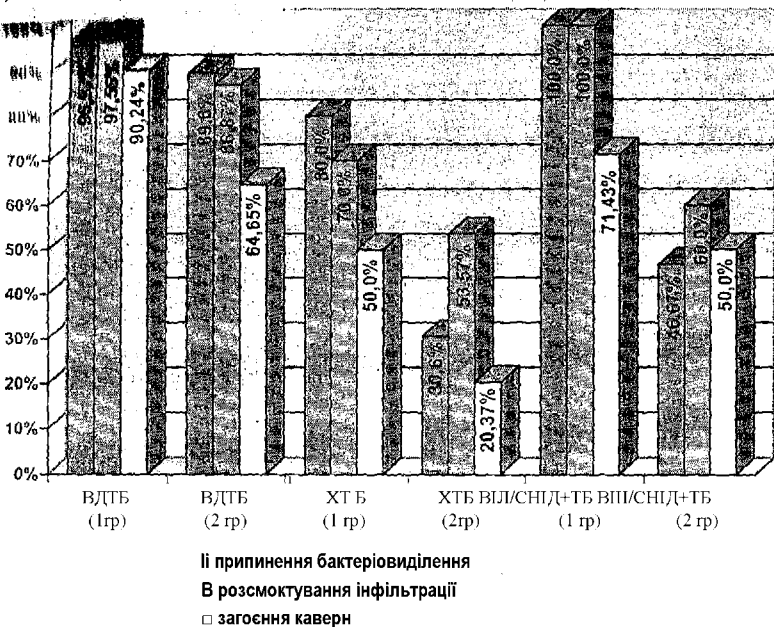


Рисунок 2. Частота припинення бактеріовиділення, розсмоктування інфільтрації та загосння каверн.

Таким чином, отримані результати показали, що застосування ІХТ в комплексному лікуванні туберкульозу прискорює зменшення проявів інтоксикаційного синдрому, покращує переносимість хіміопрепаратів, сприяє прискоренню розсмоктування інфільтративних змін в легенях, підвищує ефективність стандартних режимів лікування вперше діагностованого, хронічного та ВЛ/СНІД-асоційованого деструктивного туберкульозу легень.

Резюме

Йзучение вдияния информационно-волновой терапий (ИВТ) в комплексном лечеяии 41 больногю впервые диагностированным (контроль 99 аналогичных больных), 10 бояных хроническим (контроль 54 больных) и 7 больных на СПИД-асоциированный (контроль - 15 больных) деструктивный: туберкулез легких показало, что ИВТ является важным фактором повышения зффективности стандартных режимов химиотерапий туберкулеза, обусловливает улущенне иереносимости больными противотуберкулезных препаратов, ускоряет ликвидацию

интоксикационного синдрома, способствует улучшению показателей гемограммы и повышает прекращение бактериовыщеления и закрытие каверн соответственно у больных впервые диагностированным туберкулезом на 7,37% и 25,59% ($p<0,01$), у больных хроническим туберкулезом на 49,4% ($p<0,05$) и 29,63% ($p<0,05$) и у больных на ВИЧ/СПИД-ассоциированным туберкулезом на 53,3% ($p<0,05$) и 21,43% чаще, чем в контрольной группе.

Resume

The study of influence of informative-wave therapy (IWT) in a holiatry 41 patient with first diagnosed (control is 99 analogical patients), 10 patients with chronic (control is 54 patients) and 7 patients with roS-connected (control is 15 patients) of destructive pulmonary tuberculosis are rotined, that IWT was the important factor of increase of efficiency of the standard modes of chemotherapy of tuberculosis, the improvement of bearableness stipulates by the patients of anti-tubercular drugs, accelerates liquidation of intoxication syndrome, improvement of indexes blood and increase stopping of secreting of mycobacterial tuberculosis and closing of cavities according with patients of tire first. diagnosed tuberculosis on 7,37% and 25,59% ($p<0,01$), patients of chronic tuberculosis on 49,4% ($p<0,05$) and 29,63% ($p<0,05$), patients of IDS-connected tuberculosis on 53,3% ($p<0,05$) and 21,43% is more frequent than in control groups.

ДАТОГЕНЕТИЧЕСКІЕ АСИТЕКТЫ ИВТ В ФОРМИРОВАНИИ ИММУННОГО ОТВЕТА ОРГАНИЗМА

*Дзяворук М.Г., Консультационно-лечебный центр ИВТ,
г. Краматорск.*

История и практика лечения заболеваний бронхолегочной системы имеет огромный положительный опыт применения