

ОТЧЕТ ПО ПРИМЕНЕНИЮ РЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ  
БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ НА ЭТАПЕ  
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗА ПЕРИОД С ИЮЛЯ ПО ДЕКАБРЬ  
2000г.

(НИИ МР и ФТ МЗ РУз).

В соответствии с планом по применению узкоспектральных ИК-излучателей на этапе медицинской реабилитации и разработке новых методик резонансной терапии в клинике НИИ МР и ФТ МЗ РУз в период 2000/ 2001 г.г. исследования проведены в следующих группах больных:

1) со вторичными холестатическими гепатитами после перенесенной холецистэктомии.

Ответственные исполнители: Руководитель отдела патологии органов пищеварения НИИ ФТ и МР МЗ РУ, к.м.н.- Каримов М.М.;с.н.с., к.м.н.

Хамрабаева Ф. И., мл. науч. сотр. отдела патологии органов пищеварения - Азимова Г, Исламова М., Гулямов Ш.

2) с хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ).

Ответственные исполнители: Бахтиярова Н.А., врач отделения функциональной диагностики , Голоскокова В.Ю., к.м.н.,с.н.с отдела специальных и диагностических методов исследований , Чекина Е.Б., м.н.с.отдела специальных и диагностических методов исследований .

3) с анкилозирующим спондилоартритом (болезнью Бехтерева).

Ответственные исполнители: Хакимова Р.А.,м.н.с отделения патологии опорно-двигательного аппарата.

Хронические холестатические заболевания печени- гетерогенная группа нарушений, характеризующаяся прогрессирующем холестазом, медикаментозное лечение которого не всегда предотвращало развитие цирроза или симптомов хронического холестаза. Наибольшая часть больных представлены больными с калькулезными холециститами, когда часто отмечается некрвоспалительный процесс с преимущественной облитерацией экстра- и в меньшей степени интрапеченочных желчных протоков с развитием билиарной атрезии.

Холецистэктомия в довольно большой степени способствует нормализации оттока и химизма желчи, однако в ряде случаев (у больных с длительным анамнезом заболевания и имеющимся в анамнеза приступами механической желтухи) может развиваться билиарный цирроз с плохим прогнозом.

Реабилитация данной категории больных, после исключения данных за внепеченочную обструкцию желчных протоков, когда отсутствуют показания для повторного оперативного лечения (постхолецистэктомический синдром) в основном должно возлагаться на гастроэнтерологов и физиотерапевтов. При этом целью реабилитационного лечения является нормализация реологических и биохимических показателей и дренажа желчи, предупреждения развития холестатического синдрома.

Исследования были проведены у 30 больных в возрасте от 24 до 60 лет, перенесших холецистэктомию в течении последних от трех до одного года и имеющими явления холестатического гепатита. Это выражалось явлениями диспепсии, дискомфорта, тупыми болями в правом подреберье, повышением уровня АлАт, преобладанием в С порции желчи пула гидрофобных желчных кислот по сравнению с пулом гидрофильных желчных кислот, содержания холестерина, что указывает на внутрипеченочную аккумуляцию токсичных желчных кислот(см. табл. 1). При ретроспективном анализе было заметно, что выраженность содержания холестерина и пула гидрофобных желчных кислот были существенно выше именно у больных с более длительными анамнезом предшествующего заболевания после установления диагноза с неоднократными приступами желчекаменной болезни (более 5 лет). Лечение проводили установкой "INFRAR", с использованием локальных излучателей GI и KL (рег. удостоверение №УЗТТ00698 согласно методике Рахимова Р. Х.) на область правого подреберья в течении 5 мин 10 сеансов на курс лечения в комплексе

общепринятых методов физиотерапевтического лечения.

Результаты проведенных исследований показали, что проведенная методика лечения никаких побочных, нежелательных эффектов на самочувствие больных не оказывало. Клинический эффект характеризовался уменьшением слабости, диспепсии, явление дискомфорта, тяжести и болезненности в верхней половине живота, улучшением аппетита, исчезновением явлений иктеричности. У 43% больных уменьшился размер и плотность печени. Достоверное улучшение и/или нормализации биохимических параметров крови наступало в течении одного месяца. К концу месяца также отмечались значительная нормализация соотношения пула гидрофобных и гидрофильных фракций желчи в сторону увеличения последнего и снижения содержания холестерина (см. табл. 1).

Таблица 1

**Показатели биохимического состава желчи у больных с патологией желчевыводящих путей**

Группа обследованных	Билирубин, мг/%		Холестерин мг/%		Желчные кислоты мг/%	
	В	С	В	С	В	С
ПХЭК до лечения	В	С	1,63	89+7,5	В	С
	В	С				
после лечения	145+12	4,5+0,5	2,87	62+5,5	76+6,5	770+48
	178+14	8,5+0,7				
Хрон. холецистит до лечения	30+3	184+16	4,78	2,42	76+6,5	770+48
	645+55	10,2+1,0				
после лечения	34+4	7,2	3,73	53+3,5	770+48	778+62
	198+15	13+1				
Контрольная группа	38+3	8,3	7,75	29+3	778+62	778+62
	216+24					

Таким образом, проведенные исследования позволяют заключить, что при реабилитационном лечении больных перенесших холецистэктомию с явлениями холестатического синдрома применение резонансной терапии в общем комплексе лечебных мероприятий позволяет снижению токсического воздействия желчных кислот на паренхиму печени, оказывает мембраностабилизирующий эффект на клетки печени. Применение резонансной терапии данной категории больных

будет способствовать к снижению холестатического синдрома и улучшению качества жизни больных.

На базе НИИ МР и ФТ ведутся научные исследования по изучению эффективности применения резонансной терапии у больных хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ), к которым относятся такие нозологии, как хронический обструктивный бронхит (ХОБ) и бронхиальная астма (БА).

Хронический бронхит, с клинических позиций, определяется наличием хронического или рецидивирующего увеличения бронхиальной секреции максимальной продолжительностью до 3 месяцев в году, по крайней мере, в течение двух лет (Н,М,Сиафакас, 1996).

Бронхиальная астма- это клинический синдром, характеризующийся повышенной чувствительностью трахеобронхиального дерева к различным стимулам (триггерам). Основные симптомы астмы- пароксизмы одышки, свистящего дыхания и кашля, которые могут варьировать от легких и почти неопределяемых до тяжелых и неумещающихся (астматический статус). Основным физиологическим проявлением этой гиперчувствительности является лабильная обструкция дыхательных путей (American Thoracic Society, 1987). В связи с ростом заболеваемости ХОБЛ все большее значение приобретают вопросы лечения ( в том числе немедикаментозного) и реабилитации данной категории больных.

Тяжесть состояния больного во многом определяется выраженностью обструктивного синдрома. В связи с этим для оценки клинического состояния больного важно количественное определение нарушений системы внешнего дыхания. Согласно рекомендации Европейского Респираторного Общества выраженность обструктивного синдрома характеризуется изменением объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ 1), так легкой степени обструкции соответствует величине  $ОФВ\ 1 \geq 70\%$ , средняя степень обструкции -  $ОФВ\ 1 = 50-69\%$  и тяжелая степень -  $ОФВ\ 1 < 50\%$ . Исследования были проведены у 35 больных в возрасте от 24 до 60 лет, (из них с диагнозом ХОБ-28 больных, с диагнозом БА-5 больных, с диагнозом ХОБЛ: БА+ХОБ- двое больных). Согласно плану по применению узкоспектральных ИК-излучателей на этапе медицинской реабилитации и разработке новых методов резонансной терапии в

клинике НИИ МР и ФТ МЗ РУз в период 2000/ 2001 г.г. всем больным были проведены следующие исследования: общеклинические методы (общий анализ крови, мокроты), компьютерная спирография (функция внешнего дыхания), исследование центральной гемодинамики (эхокардиография, интегральная реография тела по М.Тищенко, ЭКГ), опросники качества жизни.

У обследованных нами больных имелись обструктивный и смешанный варианты нарушения проходимости бронхов. При обструктивном варианте нарушения проходимости бронхов могут быть обусловлены рядом причин. К ним относятся спазм бронхов, отечно-воспалительные изменения бронхиального дерева (отек и гипертрофия слизистой оболочки, гиперсекреция со скоплением в просвете бронхов патологического содержимого, воспалительная инфильтрация бронхиальной стенки и пр.). Обструкция возникает также при коллапсе бронхов вследствие утраты легкими эластических свойств (эмфизема легких) и трахеобронхиальной дискинезии (спадение крупных бронхов во время выдоха). При проведении эхокардиографического исследования у части больных было выявлено увеличение полости правого желудочка, нарушение диастолической функции правого желудочка на фоне умеренной легочной гипертензии. Проведенное исследование выявило умеренную дилатацию ПЖ в сравнении с группой контроля ( $35,6 \pm 1,3$  vs  $25,2 \pm 1,4$ ;  $p < 0,05$ ). Кроме того, у 57% больных отмечалась ЛГ, которая в 88% случаев сопровождалась недостаточностью клапана ЛА. Следует отметить, что при нарастании степени обструкции увеличивался процент больных с дилатацией ПЖ и ЛГ. СЛА и ДЛА у больных ХОБ было более высоких цифр в сравнении с группой контроля ( $30,4 \pm 3,7$  и  $21,1 \pm 2,9$  vs  $16,4 \pm 2,4$  и  $5,8 \pm 2,7$  соответственно,  $p < 0,05$ ). У 49,6% больных ХОБ наблюдалась диастолическая дисфункция ПЖ (ДДПЖ), что выражалось в снижении соотношения скоростей раннего и предсердного наполнения. Наличие

ДДПЖ умеренно коррелировало с уровнем ДЛА ( $r=0,63$ ,  $p<0,05$ ). Данные изменения сердечной гемодинамики умеренно коррелировали с выраженностью нарушения бронхиальной проводимости по данным компьютерной спирографии. Лечение проводили установкой "INFRAR", с использованием излучателей общего действия и локальных излучателей GI, KL и ZB (рег. удостоверение №УЗТТ00698 согласно методике Рахимова Р. Х.) в комплексе общепринятых методов физиотерапевтического лечения. Результаты проведенных исследований показали, что проведенная методика лечения никаких побочных, нежелательных эффектов на самочувствие больных не оказывало. Клинический эффект характеризовался уменьшением симптомов кашля, одышки и общей слабости. После проведенного лечения у большинства больных отмечалось клиническое улучшение, что сопровождалось уменьшением степени бронхобструкции по результатам повторной спирографии. Так, выявлена положительная динамика ОФВ1 (увеличился на 21,4%,  $p<0,05$ ), увеличились МОС 75, 50, 25% (на 18,34%, 14,3% и 18,6%, соответственно,  $P<0,05$ ) и пиковая объемная скорость выдоха (на 30,4%,  $p<0,05$ ). У ряда больных наблюдалось уменьшение размеров полости правого желудочка, что сопровождалось недостоверной тенденцией к улучшению диастолической функции правого желудочка. Размер ПЖ уменьшился на 14,6% ( $p<0,05$ ), а соотношение скоростей раннего и предсердного наполнения увеличилось на 4,67% ( $p=0,098$ ). Кроме того, произошло некоторое снижение ДЛА (5,7%,  $p<0,05$ ).

Таким образом, проведенные исследования позволяют заключить, что при реабилитационном лечении больных ХОБЛ применение резонансной терапии в общем комплексе лечебных мероприятий позволяет устранить компонент обратимой обструкции, что положительно сказывается на клиническом состоянии данной категории больных. В связи с этим можно предположить, что применение



резонансной терапии у больных ХОБЛ будет способствовать также и улучшению их качества жизни.

На базе НИИ МР и ФТ также ведутся научные исследования по изучению эффективности применения резонансной терапии у больных анкилозирующим спондилоартритом (АС). Под наблюдением находилось 16 больных АС.

диагностирование проводилось у больных на основании общепринятых Римских и Нью-йоркских критериев с учетом рекомендаций Института ревматологии АН РФ.

Больные были преимущественно трудоспособного возраста. У больных до лечения отмечалась боль в позвоночнике (2,4 + 0,13 балла), боль в грудной клетке при дыхании (1,9+0,08 балла), ограничение движений в различных отделах позвоночника, о чем свидетельствовали положительные симптомы Томастера, Отто, Шобера. Лабораторные показатели воспаления были повышены в основном у больных со 2 степенью активности патологического процесса: СОЭ до 29,4+0,7 мм/час, СРБ-++, сиаловая кислота 241,5+4,7 усл. ед. Всем больным проводили рентгенологические исследования, определяли содержание кальция, фосфора, меди в крови. Также проводили ЭКГ, РВГ и спирографическое исследование. Всем больным проводилось лечение лампами GI общего действия и лампами ZB местного действия с точечным массажем по паравертебральным точкам согласно методике, рекомендованной Р.Х. Рахимовым. Динамическое наблюдение за больными, получавшими резонансную терапию, показало, что улучшение самочувствия и ослабление основных симптомов наступало после 3-4х процедур. Интенсивность болей в позвоночнике снизилась после воздействия лампами на 22%(2,4+0,11), подвижность позвоночника увеличилась по симптомам Томастера, Шобера на 24% и 17% ( на 5 и 4 см.) . Проведение у больных исследований ФВД позволили установить выраженные ее отклонения от показателей должного физиологического уровня. Это проявлялось в снижении ЖЕЛ (78% от должного), преимущественно за счет резервного объема вдоха (34% от должного) и в меньшей степени за счет резервного объема выдоха (34,3% от должного). После лечения показатели ФВД приросли, это характеризовалось увеличением ЖЕЛ, за счет увеличения резервного объема вдоха и резервного объема выдоха в среднем на 4% и 3,8% соответственно; с уменьшением минутного объема легочной вентиляции в среднем на 10% Отмечена

положительная динамика в показателях микро и макроэлементов, РВГ, которые обусловлены улучшением метаболизма как в организме в целом, так и в отдельных его тканевых структурах, в частности, в коллагеновых.

Согласно плану исследований по применению резонансной терапии в 2001 году планируется исследование влияния резонансной терапии у больных кардиологического профиля.

11.12.2000г.

Директор НИИ МР и ФТ  
д.м.н., профессор



Аляви А.Л.