

УДК 618.396-073.7

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО РЕЗОНАНСНОГО ТЕСТА В ВЫЯВЛЕНИИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Т. Ю. Егорова, к.м.н., доцент; М. И. Паламарчук
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В работе представлены результаты клинических исследований метода электропунктурной диагностики по вегетативному резонансному тесту с определением индивидуальной характеристической частоты (ИХЧ) в диагностике угрожающих преждевременных родов (УПР) и дана оценка его диагностической эффективности.

Методом электропунктурной диагностики по вегетативному резонансному тесту обследовано 243 женщины в возрасте от 16 до 42 лет, 138 – с угрозой преждевременных родов и 105 – с нормально протекающей беременностью.

В группе беременных с диагнозом УПР ИХЧ матки тестировалась у 120 (87,0%) женщин. У 18 беременных с УПР (13,0%) указанная ИХЧ не определялась. Выявление ИХЧ матки у беременных, страдающих УПР, рассматривается авторами как ситуация, когда при угрозе преждевременных родов в матке развивается феномен гиперсинхронизации частот на фоне десинхронизации остальных систем организма, это означает, что в условиях патологии местная адаптационная реакция матки подчиняет себе общую адаптационную реакцию целого организма.

У женщин с нормально протекающей беременностью ИХЧ матки определялась только у 11 (10,5%) обследуемых, в 89,5% случаев (94 беременных) указанная ИХЧ не тестируется, что свидетельствует о синхронизации частот всех органов и систем, ИХЧ матки в условиях нормы не доминирует в общем частотном спектре организма.

Диагностическая значимость метода электропунктурной диагностики по вегетативному резонансному тесту с определением ИХЧ в диагностике угрожающих преждевременных родов составляет: чувствительность – 87,0%, специфичность – 89,5%.

Ключевые слова: угроза преждевременных родов, диагностика, вегетативный резонансный тест.

The paper presents clinical study results of the elektropunktural diagnostics method for vegetative resonance test with establishing individual characteristic frequency (ICF) in diagnosis of threatening preterm birth (TPB); its diagnostic effectiveness has been evaluated.

243 women aged 16 to 42 years have been examined by means of the elektropunktural diagnostics method for vegetative resonance test, 138 women were with the threat of preterm birth and 105 had a normal pregnancy.

In the group of pregnant women with diagnosis of TPB ICF of the uterus was tested in 120 (87,0%) women. In 18 pregnant women with TPB (13,0%) the specified ICF was not determined. The authors considered ICF detection of the uterus in pregnant with TPB as a condition in which frequency hypersynchronization phenomenon develops in the uterus in threatening premature birth against a background of desynchronization of other body systems; it means that in some pathology the local adaptive response of the uterus subordinates the total adaptive response of the whole body.

In women with normal pregnancy ICF of a uterus was determined only at 11 (10,5 %) examined women, in 89,5 % cases (94 people) the specified ICF is not tested and it is the evidence of frequency synchronization of all organs and systems, with normal features ICF of the uterus does not predominate in general frequency spectrum of the organism.

The diagnostic value of the elektropunktural diagnostics method for the vegetative resonant test with ICF determination in diagnostics of threatening preterm birth is: sensitivity 87,0 %, specificity – 89,5 %.

Key words: threatening preterm birth, diagnostics, vegetative resonance test.

Угроза преждевременных родов (УПР) – наиболее частое осложнение беременности, за последние десятилетия эта патология не имеет тенденции к снижению, что дает основание считать данную проблему чрезвычайно актуальной в акушерской практике.

Клиническая диагностика УПР представляет определенные трудности, часто бывает несвоевременной, в связи с чем возникает необходимость в разработке новых, по возможности, малоинвазивных и достоверных методов диагностики.

По современным представлениям основой здоровья беременной женщины являются адаптационные резервы, позволяющие организму оставаться

в норме в широком диапазоне изменения условий существования. Организм человека в целом и составляющие его подсистемы являются источником очень слабых электромагнитных колебаний в широком диапазоне частот. Благодаря согласованности (когерентности) колебаний в огромном диапазоне частот на разных иерархических уровнях организм может существовать как система и реагировать как единое целое на изменяющиеся условия среды, т.е. могут развиваться общие адаптационные реакции. Известно, что в живом организме синхронизация не может быть жесткой, т.к. это нарушает адаптационные свойства организма, гибкость его регуляции. Но нарушение оптимального

уровня синхронизации, как в сторону гиперсинхронизации, так и в сторону десинхронизации приводит к нарушению гомеостаза.

В последнее время предложен (Махонькина Л.Б., Сазонова И.Н., 2000) неинвазивный метод определения адаптационных резервов – с использованием электропунктурной диагностики по вегетативному резонансному тесту (ЭПД по ВРТ) [4]. С помощью ЭПД по ВРТ можно определить степень синхронизации и десинхронизации организма и систем, причём, выявить, с какими органами связаны нарушения синхронизации.

Опыт использования электромагнитного излучения миллиметрового диапазона (ЭМИ МД) показывает, что для каждого человека имеется индивидуальная частота ЭМИ МД, наличие которой в спектре генерируемых аппаратом частот вызывает острый резонансный ответ со стороны организма пациента, так называемый «отклик» [2]. Частота ЭМИ МД, способная вызвать «отклик», получила в литературе название индивидуальной характеристической частоты (ИХЧ).

Известен инструментальный метод определения ИХЧ, основанный на ЭПД по ВРТ [8,9]. Ранее нами показана высокая корреляция (94-96%) выявления в организме больных строго определенных ИХЧ при некоторых заболеваниях женской половой сферы (кисты яичников, миома матки и воспалительные процессы придатков матки) и туберкулезе [6,11]. Проведенные нами исследования по диагностике методом ЭПД по ВРТ генитального эндометриоза показали совпадение с клиническими диагнозами в 90,1% случаев [5]. Таким образом, определение ИХЧ у больных лиц позволяет значительно повысить диагностическую эффективность обследования.

Мы предположили, что ИХЧ, характеризующие текущий патологический процесс органа или системы, по принципу доминирования могут навязывать свои частоты всему организму в целом, что определяется при диагностике методом ЭПД по ВРТ [7].

Диагностика методом ВРТ заключается в явлении резонанса, возникающем в организме исследуемого при предъявлении определенного спектра частот извне, соответствующих определенному патологическому процессу. При наличии аналогичного спектра частот в организме пациента это проявляется в изменении кожного сопротивления, что фиксируется прибором для ЭПД.

Данных о диагностике УПР с определением ИХЧ нами не найдено, что определяло актуальность исследования.

Цель исследования. Определить диагностическую значимость электропунктурной диагностики у беременных с угрозой преждевременных родов.

Материалы и методы

Проспективное, рандомизированное, «слепое», контролируемое исследование. Обследованы 243

женщины в возрасте от 16 до 42 лет, из них 138 беременных с угрозой преждевременных родов (основная группа) в сроке беременности 23-36 недель. Контрольную группу составили 105 женщин с физиологически протекающей беременностью, со сроками гестации 23-36 недель. База исследования – УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», отделение патологии беременности и акушерско-гинекологическое отделение.

Критерием включения в исследование являлось: срок беременности 23-36 недель, наличие признаков угрозы прерывания беременности.

Из группы обследованных исключены беременные с наличием болевого синдрома, не связанного с угрозой прерывания беременности (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).

Использовался метод ЭПД по ВРТ. Пациентки исследовались без знакомства с медицинской документацией и данных других методов обследования. У всех женщин было получено добровольное информированное согласие на проведение исследования. Для ЭПД по ВРТ использовался аппарат СВН-1. Для определения резонанса на нозоды и органные препараты применялись микрорезонансные контуры, предложенные Сарчуком В.Н. и диагностические кассеты производства «ИМЕДИС» г. Москва. [1,4]. Для генерации ЭМИ МД использовалась диагностическая кассета [10]. По результатам обследования выставлялся электропунктурный диагноз, который по завершению исследования, верифицировался клиническим диагнозом истории родов.

Клинический диагноз УПР устанавливался на основании жалоб, анамнеза, гинекологического статуса, данных УЗИ, доплерометрия и кардиотокографии и др.

Диагностическая значимость метода определялась, согласно критериям доказательной медицины (чувствительность, специфичность, точность и т.д.). При оценке долей доверительный интервал (ДИ) был принят 95%. Статистическая обработка осуществлялась методами непараметрической статистики (рассчитывалась медиана (Me), 25 и 75 процентиля (25% – 75%).

Результаты

Возраст обследуемых колебался от 16 до 42 лет, составляя в среднем 25 (22-30) лет в первой группе и 26 (23-30) лет во второй. Средний возраст наступления менархе у беременных, в основной группе варьировал от 11 до 18 лет, составляя в среднем 13 (11-16) лет, у пациенток контрольной группы – от 11 до 17 лет, в среднем 13 (11-15), менструации у большинства женщин обеих групп установились сразу.

Отягощенный акушерский анамнез имел место у большинства беременных страдающих УПР. У 25 обследуемых (18,1%; ДИ 12-25%) в анамнезе было искусственное прерывание беременности,

самопроизвольные выкидыши – у 17 (12,3%; ДИ 7-18%) пациенток, неразвивающаяся беременность – у 11 (8,0% ДИ 3-13%) женщин, мертворождение – у 3 (2,2%; ДИ 0-5%). Во второй группе аборт в анамнезе отмечали 20 (19,0%; ДИ 11-27%) беременных, самопроизвольные выкидыши – 13 (12,4%; ДИ 6-19%) обследуемых, неразвивающаяся беременность – 6 (5,7%; ДИ 1-10%) пациенток.

Из перенесенных гинекологических заболеваний в 1-й и 2-й группах женщин преобладали: воспалительные заболевания матки и придатков (36,2%; ДИ 28-44% и 39,0%; ДИ 30-48%), эрозия шейки матки (31,9%; ДИ 24-40% и 34,3%; ДИ 25-48%), кисты яичников (10,1%; ДИ 5-15% и 13,3%; ДИ 5-17%), инфекции, передающиеся половым путем (10,9%; ДИ % 5-16% и 10,5%; ДИ 5-16%), первичное (6,5%; ДИ 2-11% и 2,9%; ДИ 0-6%) и вторичное (2,2%; ДИ 0-5% и 3,8% ДИ 1-8%) бесплодие, соответственно, что характеризует сопоставимость основной и контрольной групп.

Анамнез и данные объективного обследования позволили установить, что в 92,8% случаев у женщин с УПР и 87,6% пациенток из контрольной группы перенесли ранее или имели при поступлении экстрагенитальную патологию.

У 37 (26,8%; ДИ 19-34%) беременных, страдающих УПР, были указания на перенесенные детские инфекции, ОРВИ, ангину, каждая четвертая (26,1%; ДИ 18-33%) перенесла заболевания мочевыделительной системы, 25 (18,1%; ДИ 11-25%) имели хронический гастрит, холецистит, у 25 (18,1%; ДИ 11-25%) обследуемых выявлены обменно-эндокринные нарушения (ожирение I-III степени, эутиреоидный зоб I степени), а также артериальная гипертензия, нейроциркуляторная дистония. Указания на патологию сердца (пролапс митрального клапана, аномально расположенная хорда левого желудочка) были у 22 (15,9%; ДИ 9-22%) пациенток, на заболевания легких (бронхит, пневмония) – у 11 (8,0%; ДИ 3-13%) женщин. 17 (12,3%; ДИ 6-18%) беременных страдали заболеванием глаз (астигматизм, миопия слабой степени).

Из перенесенных экстрагенитальных заболеваний наиболее часто во 2-й группе обследуемых встречались детские инфекции – 35 (33,3%; ДИ 24-42%) пациенток и острые респираторные заболевания – 28 (26,7%; ДИ 18-35%) женщин. На заболевания печени и желчевыводящих путей жаловались 15 (14,3%; ДИ 7-21%) беременных, на болезни желудочно-кишечного тракта – 13 (12,4%; ДИ 6-19%) обследуемых. О перенесенных заболеваниях почек и мочевого пузыря упоминали 20 (19,0%; ДИ 11-27%) пациенток, болезнях органов дыхания – 14 (13,3%; ДИ 6-20%) женщин. Каждая пятая беременная (22,9%; ДИ 14-31%) страдала обменно-эндокринными нарушениями и вегетативно-сосудистой дистонией. Заболевания зрения выявлены у 14 (13,3%; ДИ 6-20%) обследуемых, патоло-

гия со стороны сердца – у 13 (12,4%; ДИ 6-19%) пациенток.

Особенностями протекания беременности у женщин, страдающих УПР, являлось наличие сопутствующих осложнений. Гестоз диагностирован у 30 (21,7%; ДИ 14-29%) беременных, фетоплацентарная недостаточность – у 18 (13,0%; ДИ 7-19%) обследуемых, анемия беременных – у 14 (10,1%; ДИ 5-15%) пациенток. Преждевременное созревание плаценты выявлено у 11 (8,0%; ДИ 3-13%) женщин, многоводие – у 10 (7,2%; ДИ 2-12%) беременных.

При анализе исхода родов выявлено, что у большинства обследуемых обеих групп роды произошли через естественные родовые пути. У 49 (35,5%; ДИ 27-44%) пациенток основной группы была произведена операция кесарева сечения, в группе с физиологически протекающей беременностью таких женщин было 27 (25,7%; ДИ 17-33%).

В 1-й группе в срок до 260 дней родили 42 (30,4%; ДИ 22-38%) обследуемых, срочные роды произошли у 96 (69,6%; ДИ 61-77%) беременных. Во 2-й группе только у 11 (10,5%; ДИ 4-16%; $p < 0,001$) пациенток произошли преждевременные роды, 94 (89,5%; ДИ 83-95%; $p < 0,001$) обследуемых родили в срок более 260 дней.

У женщин, страдающих УПР, средний вес новорожденных составил 3150 (2850-3600) г, рост – 51 (50-53) см, в группе с неосложненной беременностью, соответственно – 3400 (3200-3750) г и 52 (52-54) см. Состояния новорожденных оценивалось по шкале Апгар, в группе беременных с УПР выявились следующие показатели: 8/8 – 32 (21,9%; ДИ 15-29%) женщины, 8/9 – 104 (71,2%; ДИ 63-79%) пациентки. В группе с физиологически протекающей беременностью все новорожденные имели показатели по шкале Апгар, равные 8/9. По полу новорожденных мальчики составляли 86 (58,9%; ДИ 50-67%) и 56 (52,3%; ДИ 42-62%), девочки 60 (41,1%; ДИ 32-49%) и 51 (47,7%; ДИ 38-57%) в 1 и 2 группах, соответственно.

У 120 из 138 обследуемых основной группы тестировалась ИХЧ матки, что составляет 87,0% от всех случаев клинических проявлений УПР. У 18 женщин с УПР (13,0%) указанная ИХЧ не определялась. Выявление ИХЧ матки у беременных, страдающих УПР, расценивалась нами как ситуация, когда в матке развивается феномен гиперсинхронизации частот на фоне десинхронизации остальных систем организма. В рамках теории об адаптационной деятельности человека это означает, что в условиях патологии (угрозы преждевременных родов) местная адаптационная реакция матки подчиняет себе общую адаптационную реакцию всего организма. [3].

В группе пациенток с неосложненной беременностью только у 11 (10,5%) женщин была выявлена ИХЧ матки, в 89,5% случаев (94 обследуемых)

указанная ИХЧ не определялась, что свидетельствует о синхронизации частот всех органов и систем. Это расценивалось нами как ситуация, когда в норме местная адаптационная реакция матки является частью общей адаптационной реакцией целого организма.

Таким образом, диагностическая значимость исследования составила: ДЧ (диагностическая чувствительность) – 87,0%, ДС (диагностическая специфичность) – 89,5%, ДЗОР (диагностическая значимость отрицательных результатов) – 83,9%, ДЗПР (диагностическая значимость положительных результатов) – 89,5%, ОТ (общая точность) – 88,1%.

Выводы

1. Метод электропунктурной диагностики по вегетативному резонансному тесту имеет высокую чувствительность (87,0%) и специфичность (89,5%) в диагностике угрожающих преждевременных родов.

2. Метод ЭПД по ВРТ абсолютно безвреден и безопасен, практически не имеет противопоказаний. Обследование может проводиться многократно, в динамике патологического процесса без ущерба для здоровья беременных женщин. В процессе диагностики нет расходных материалов. Методика проведения диагностики не требует специальной подготовки пациенток. Точность диагностики УПР составляет 88,1%.

3. Считаю, что метод ЭПД по ВРТ может быть рекомендован к использованию в лечебно-профилактических учреждениях для диагностики угрожающих преждевременных родов, наряду с другими методами обследования.

Литература

1. А. С. 1448438 (СССР). Способ Сарчука В.Н. по фиксации волновых характеристик тестируемых объектов. // Сарчук В.Н., МКИ А61Н 39/00 – Опубл. в Б.И. 01.09.1988.
2. Андреев Е.А., Белый М.У., Ситко С.П. Проявление собственных характеристических частот организма человека. // – Доклады АН УССР. – 1984. – №10. сер. Е. – С.60-63.
3. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. Реакция активации, как путь к здоровью через процессы самоорганизации. // – Москва. – «ИМЕДИС». – 1998. – 656 с.
4. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Махонькина Л.Б. и др. Электропунктурная диагностика и терапия с применением вегетативного резонансного теста «ИМЕДИС-ТЕСТ»: Методические рекомендации. // – М.: «ИМЕДИС». – 2002. – 112 с.
5. Егорова Т.Ю., Паламарчук М.И. Использование электропунктурного вегетативного резонансного теста в диагностике генитального эндометриоза. // – Москва. «Акушерство и гинекология». – 2007г. – №4. – С. 45-48.
6. Клименко П.Д., Малахова Е.Т., Клименко Д.П. и др. Методика прогнозирования и диагностики некоторых заболеваний женской половой сферы по сочетанию индивидуальной характеристической частоты (ИХЧ) и этиологического фактора. // УП съезд акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь. 13-14 ноября 2002г. Гродно. – Том I. – С. 196-201.
7. Паламарчук М.И., Гранат В.Г. Новый взгляд на индивидуальную характеристическую частоту, как конституциональный признак человека. // – Москва. «ИМЕДИС». – 2007. – Часть II. – С. 360-367.
8. Патент RU №95108195/14 опубликован 1997.02.27.
9. Патент ВУ №1559 опубликован 1996.10.22.
10. Патент ВУ №3831У опубликован 2007.08.30
11. Савицкий С.Э., Клименко П.Д., Вольф С.Б. и др. Электропунктурная диагностика туберкулеза. Учебно-методическое пособие для студентов старших курсов и врачей // Гродно: ГрГМУ. – 2006. – 23 с.

Поступила 30.05.08