

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

Методом электропунктурной диагностики по вегетативному резонансному тесту обследовано 76 женщин в возрасте от 19 до 40 лет, 57 - страдающих угрозой преждевременных родов и 19 - с нормально протекающей беременностью.

В группе беременных с диагнозом угрожающих преждевременных родов по показателям лейкоцитарной формулы было выявлено 38 пациенток с низким адаптационным уровнем, 19 обследуемых имели устойчивые резервы адаптации.

Индивидуальная характеристическая частота матки тестировалась у 35 из 38 женщин с низкими резервами адаптации, у 3 беременных индивидуальная характеристическая частота матки не определялась. В группе пациенток с устойчивыми резервами адаптации индивидуальная характеристическая частота матки выявлена у 4 обследуемых, у 15 женщин индивидуальная характеристическая частота матки не тестировалась.

В группе пациенток с нормально протекающей беременностью у всех обследуемых выявлены высокие адаптационные резервы. Индивидуальная характеристическая частота матки не тестировалась у 17 женщин и определялась у 2 беременных.

Выявление индивидуальной характеристической частоты матки у беременных, имеющих недостаточный уровень адаптационных резервов, расценивается авторами как ситуация, когда при угрозе преждевременных родов в матке развивается гиперсинхронизация на фоне десинхронизация остальных систем организма, это означает, что в условиях патологии местная адаптационная реакция матки подчиняет себе общую адаптационную реакцию целого организма.

У женщин с устойчивой адаптацией индивидуальная характеристическая частота матки не тестируется, что свидетельствует о синхронизации всех органов и систем, частота матки перестает доминировать в общем частотном спектре организма

Диагностическая значимость метода электропунктурной диагностики по вегета-

тивному резонансному тесту с определением индивидуальной характеристической частоты в диагностике угрожающих преждевременных родов составляет: чувствительность – 68%, специфичность – 89%.

Введение

Диагностика угрожающих преждевременных родов (УПР) основана на выявлении повышения тонуса мышцы матки и изменений со стороны шейки матки: размягчение, укорочение, сглаживание. Однако точность этих критериев в диагностике преждевременных родов относительна. По результатам многочисленных мультицентровых исследований до 40% пациенток с такими симптомами, получавшие плацебо, родили в срок. Повышенная маточная активность наблюдается у беременных и может являться неспецифическим симптомом и не всегда приводит к преждевременным родам. Недостаточная оценка характера сократительной деятельности матки может приводить к поздней диагностике, когда уже открывается шейка матки или происходит преждевременное излитие околоплодных вод и применяемая терапия неэффективна.

Диагностика УПР представляет определенные трудности и заставляет искать новые, по возможности, малоинвазивные и достоверные методы диагностики.

Известно, что в здоровом организме поддерживается строгая согласованность (синхронизация) различных процессов – составляющих гомеостаза. Организм в целом и составляющие его подсистемы являются источником очень слабых электромагнитных колебаний в широком диапазоне частот. Благодаря согласованию колебаний в огромном диапазоне частот на разных иерархических уровнях организм может существовать как система и реагировать на воздействия как единое целое, т.е. могут развиваться общие адаптационные реакции. Разным общим адаптационным реакциям присущ разный уровень синхронизации. Известно, что в живом организме синхронизация не может быть жесткой, т.к. это нарушает адаптивные свойства организма, гибкость его регуляции. Но нарушение оптимального уровня синхронизации как в сторону гиперсинхронизации, так и в сторону десинхронизации приводит к нарушению гомеостаза. Было установлено, что синхронизация является энергетически наиболее оптимальным режимом функционирования динамической системы и обеспечивает ей свойства целостности и ус-

тойчивости, вследствие этого синхронизация рассматривается как системообразующий фактор [10]. В случае снижения по тем или иным причинам когерентности сигналов, генерируемых самим организмом, возникает патологическое состояние организма, трактуемое как болезнь [4,12].

Наибольшая десинхронизация отмечается при стрессе, являющимся неспецифической основой многих патологических процессов. При стрессе развивается десинхронизация деятельности отдельных подсистем организма, при гиперсинхронизации отдельных подсистем. Это выражается в нарушении ритмов основных физиологических процессов в ЦНС, резком преобладании процессов возбуждения или торможения, отсутствии согласования этих процессов с ритмами дня и ночи, дисбалансе корково-подкорковых отношений. В эндокринной системе десинхронизация проявляется, прежде всего, в резком усилении секреции АКТГ и глюкокортикоидов при угнетении большинства других гормональных функций. При этом происходит смещение биоритмов нервной и гормональной активности относительно ритмов внешней среды.

Эволюционным механизмом, нивелирующим стресс и обеспечивающим выживание организма в экстремальных условиях, является формирование долговременной адаптации к последнему [6].

Ростовские ученые Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б. и Кузьменко Т.С. (1998) предложили характеризовать степень адаптационных возможностей по показателям лейкоцитарной формулы, в частности, характеристике пула лимфоидных клеток. При этом стресс-реакция и формирование долговременной адаптации коррелирует с соотношением иммунокомпетентных клеток периферической крови, в первую очередь с относительным количеством лимфоцитов, которые в процессе адаптации повышаются, в то же время число сегментоядерных нейтрофилов снижается. Сигнальным показателем типа адаптационных реакций является при этом процентное число лимфоцитов [3].

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». [1]. Частота ЭМИ МД, способная вызвать «отклик», получила в литературе название индивидуальной характеристической частоты (ИХЧ).

Известен инструментальный метод определения ИХЧ, основанный на электропунктурной диагностике (ЭПД) [8,9]. Последним достижением электропунктурной диагностики стал метод вегетативного резонансного теста (ЭПД по ВРТ) [2]. С помощью метода ЭПД по ВРТ можно увидеть степень синхронизации и десинхронизации в организме, причём вы-

явить, с какими органами связаны нарушения синхронизации, а также оценить состояние резервов. 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 [5,11]. 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]. Это свидетельствует о развитии гиперсинхронизации в данном органе или системе на фоне десинхронизация отдельных подсистем организма.

В процессе исследования беременных женщин методом ЭПД по ВРТ нами была выявлена ИХЧ матки, которая при УПР доминировала в общем частотном спектре организма.

В литературе имеются отдельные указания на применение показателей лейкоцитарной формулы, определяющей состояние адаптационных возможностей женщин, в акушерстве и гинекологии - для определения стадийности эндометриозной болезни (Радецкая Л.Е., Супрун Л.Я. 2000) и функционального состояния иммунной системы при УПР (Василец А.В. 2002). Данных по 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

Рандомизированное контролируемое исследование. Обследовано 76 беременных, находящихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненский областной клинический родильный дом» в отделении патологии беременности в возрасте от 19 до 40 лет. Выделено II группы: 57 беременных с УПР (основная группа) и 19 с нормально протекающей беременностью (контрольная группа).

Основная группа. Большинство беременных были в возрасте 19-35 лет (91%; ДИ 83 – 98). Позднее наступление менархе отмечено у 16% (ДИ 6 – 25) беременных. Отягощенный акушерский анамнез имел место у каждой четвертой пациентки (26%; ДИ 14 – 37) - самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность. Из экстрагенитальной патологии преобладали: пролапс митрального клапана, аномально расположенная хорда левого желудочка (30%; ДИ 18 - 42), миопия слабой степени (28%; ДИ 16 - 40), нейроциркуляторная дистония (21%; ДИ 10 – 32) и эутиреоидный зоб 1 степени (10%; ДИ 2 – 18). Из перенесенных гинекологических заболеваний 30

(53% ДИ 18 – 42) пациенток отмечали эрозию шейки матки и 10 беременных (17%; ДИ 7 – 27) – аднексит.

Контрольная группа. Бесплодие отмечено только у одной (5%; ДИ 0 - 14) женщины. У 6 пациенток (31%; ДИ 10 - 52) в анамнезе были указания на хронический гастрит, пять наблюдавшихся (26%; ДИ 6 - 46) страдали миопией, три женщины (16%; ДИ 0 - 32) перенесли пиелонефрит, у трех (16%; ДИ 0 - 32%) беременных выявлены пролапс митрального клапана, аномально расположенная хорда левого желудочка, и у одной (5%; ДИ 0 - 14) - нейрциркуляторная дистония.

Клинический диагноз УПР устанавливался на основании жалоб больных клинических данных и результатов объективного обследования.

Число форменных элементов белой крови (лейкоцитов и лимфоцитов), определяли с помощью гематологического автоанализатора.

У всех женщин было получено добровольное информированное согласие на проведение исследования. Для ЭПД по ВРТ использовался аппарат СВН-1. По результатам обследования выставлялся электропунктурный диагноз, который по завершении всего исследования сверялся по истории болезни с клиническим диагнозом.

Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрической статистики (медиана (Me), 25% и 75% процентиля). Сравнение групп проводилось с использованием метода Краскела-Уоллиса. Доверительный интервал (ДИ) был принят за 95%. Коэффициент корреляции рассчитывался по методу Спирмена. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Данные анализа лейкоцитарной формулы у беременных с угрозой преждевременных родов и контрольной группы представлены в таблице 1.

Таблица 1

Лейкоцитарная формула беременных с угрозой преждевременных родов и контрольной группы в зависимости от выраженности адаптационного процесса.

Наименование показателя	Уровни адаптации беременных с УПР				Контрольная группа, n = 19	
	недостаточная, n = 38		устойчивая, n = 19		%	x10 ⁹ /л
	%	x10 ⁹ /л	%	x10 ⁹ /л		
Лейкоциты		9,1		9,3		9,25
Лимфоциты	21,1	1,9	33,8	3,12	34,7	3,21
Сегментоядерные нейтрофилы	74,8	6,75	62,5	5,78	61,16	5,71
ЛСК	0,26		0,54		0,57	

Среди беременных с УПР у 38 (67%; ДИ 54 – 80%) пациенток, на основании данных анализа крови адаптационные возможности организма были оценены как недостаточные (подгруппа I). У них наблюдалось снижение относительного количества лимфоцитов до 21% (16 – 25); повышение относительного числа сегментоядерных лейкоцитов до 75% (71 – 79) и вследствие этого - снижение лимфоидно-сегментоядерного коэффициента (ЛСК) до 0,29 (0,21 – 0,35). Полученные результаты были достоверно ниже ($P < 0,01$), чем у беременных контрольной группы. У 35 обследованных (92%; 35/38; ДИ 83 - 100) этой подгруппы тестировалась ИХЧ матки. У 3 беременных с УПР (8%) указанная ИХЧ не определялась.

В рамках теории об адаптационной деятельности человека это трактовалось нами как ситуация, когда местная адаптационная реакция матки в условиях патологии (угрозы преждевременных родов) может подчинять себе общую адаптационную реакцию целого организма [3].

Устойчивые адаптационные возможности организма (подгруппа II) были выявлены у 19 женщин (33%; 19/57; ДИ 19 – 45) с УПР. Относительное количество лимфоцитов у этой

группы беременных составляло 33% (30 – 38) относительное количество сегментоядерных лейкоцитов – 64% (58 – 67), ЛСК– 0,5 (0,45 – 0,66). Полученные результаты были достоверно выше ($P < 0,01$), чем у пациенток подгруппы I, но не отличались от таковых в контрольной группе ($P > 0,05$). Только у 4 (21%; 4/19; 2 - 39) женщин тестировалась ИХЧ матки. У остальных 15 пациенток данной подгруппы (79%; 15/19; ДИ 61 - 97) не была обнаружена ИХЧ матки. Следовательно, в большинстве случаев местная адаптационная реакция матки соответствовала общей адаптационной реакции целого организма.

В группе женщин с неосложненной беременностью относительное количество лимфоцитов составляло 32% (28 – 45); относительное количество сегментоядерных лейкоцитов – 63 (59 – 65), ЛСК– 0,5 (0,43 – 0,87), что также указывало на состояние устойчивой адаптации. Только у 2 беременных этой группы была выявлена ИХЧ матки, а у 17 (89%; 17/19; ДИ 74 – 100) женщин указанная ИХЧ не определялась, что расценивалось нами как ситуация, когда местная адаптационная реакция матки являлась частью общей адаптационной реакции целого организма.

Результаты электропунктурной диагностики у беременных с угрозой преждевременных родов и контрольной группы

Наименование показателя	Уровни адаптации беременных с УПР		Контрольная группа, n = 19
	недостаточная, n = 38	устойчивая, n = 19	
ИХЧ матки определялась	35	4	2
ИХЧ матки не определялась	3	15	17

Данные электропунктурной диагностики у беременных с угрозой преждевременных родов и контрольной группы представлены в таблице 2.

Как следует из данных таблицы 2. чувствительность метода ЭПД по ВРТ в диагностике УПР составляет 68% (ДИ 57 – 78%), специфичность – 89% (82 – 96%).

Выявлена значительная корреляция ($R = -0,575$; $P = 0,001$) между уровнем адаптации организма беременной и ИХЧ матки. Это, по нашему мнению, свидетельствует о развитии в матке при УПР гиперсинхронизации на фоне десинхронизации остальных систем организма, что по принципу доминирования определяется при диагностике методом ЭПД по ВРТ. С развитием в организме состояния устойчивой адаптации происходит синхронизация всех органов и систем, частоты матки перестают доминировать в общем частотном спектре организма.

Выводы

1. Чувствительность метода ЭПД по ВРТ в диагностике УПР составляет 68%, специфичность – 89%, что позволяет рекомендовать использовать данный метод в клинической практике.

2. Метод ЭПД по ВРТ может быть рекомендован к применению в качестве экспресс-метода для обследования беременных с целью диагностики УПР.

3. При установлении диагноза УПР методом ЭПД по ВРТ беременным показано целенаправленное обследование и лечение в специализированных клиниках.

Литература

10. Андреев Е.А., Белый М.У., Ситько С.П. Проявление собственных характеристических частот организма человека. // – Доклады АН УССР. – 1984. – №10. сер.Е. – С.60-63.

1. Василенко А.М., Готовский Ю.В., Мейзеров Е.Е. и др. Электропунктурный вегетативный резонансный тест: Методические рекомендации. // - М.: Науч. - практ. центр традиц. мед. и гомеопатии МЗ РФ. - 2000. - 28 с.
2. 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.
3. Девятков Н.Д., Голанд М.Б., Бецкий О.В. Миллиметровые волны и их роль в процессе жизнедеятельности. // М.: Радио. - 1991. - 168 с.
4. 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. // VII съезд акушер-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь. 13-14 ноября 2002г. Гродно. – Том I. – С. 196-201.
5. Меерсон Ф.З. Адаптационная медицина: механизмы и защитные эффекты адаптации. // - Москва. - 1993. - 330 с.
6. Паламарчук М.И., Гранат В.Г. Новый взгляд на индивидуальную характеристическую частоту как конституциональный признак человека. // – Москва. «ИМЕДИС». – 2007. – Часть II. – С. 360-367.
7. Патент RU №95108195/14 опубликован 27.02.1997г
8. Патент ВУ №1559 опубликован 22.10.1996г.
9. Путилов А.А. Системообразующая функция синхронизации в живой природе. // Новосибирск. Наука. Сиб. отд. - 1987. - 142 с.
10. 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.
11. Ситько С.П., Мкртчян Л.Н. Введение в квантовую медицину. // Киев. Патерн. - 1994. - 145 с.