

# МЕДИЦИНА БУДУЩЕГО – СЕГОДНЯ

Протоколы клинических испытаний  
Сертификаты, патенты, награды  
Случаи из практики

## Протоколы

### КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ

*Пожалуй, немного найдется в мире изобретений, имеющих такую же мощную обосновательную базу, как электромагнитная DETA-терапия. Диагностические и терапевтические приборы «DETA» прошли сотни испытаний в десятках профилактических и лечебных учреждений России, Кыргызстана, Казахстана, Украины, Израиля, Болгарии, и везде показали высокую эффективность в лечении широкого круга заболеваний*

## Протокол клинических испытаний

# эффективности лечения аппаратами «ДЕТА-АР» ВЗОМТ (острых и хронических форм) в гинекологии

2009 год

**Основание для проведения исследования:** Договор о проведении пострегистрационной клинической апробации от 07 ноября 2008 г.

**Цель исследований:** оценить эффективность терапии аппаратом «ДЕТА-АР» у больных с наличием ВЗОМТ, ассоциированных с хламидиями, микоплазмами, уреоплазмами, ЦМВ-инфекцией, герпетической инфекцией, ВПЧ-инфекцией.

**Вид исследования:** открытое, нерандомизированное, сравнительное.

### Задачи исследования:

1. Определить клиническую эффективность традиционной антибактериальной и противовирусной терапии у больных с наличием ВЗОМТ, ассоциированных с хламидиями, микоплазмами, уреоплазмами, ЦМВ-инфекцией, герпетической инфекцией, ВПЧ-инфекцией.

2. Исследовать клиническую эффективность применения аппарата ДЭТА-АР у больных с наличием ВЗОМТ, ассоциированных с хламидиями, микоплазмами, уреоплазмами, ЦМВ-инфекцией, герпетической инфекцией, ВПЧ-инфекцией как дополнительного метода лечения совместно с традиционной антибактериальной и противовирусной терапией.

3. Определить клиническую эффективность применения аппарата ДЭТА-АР у больных с наличием ВЗОМТ, ассоциированных с хламидиями, микоплазмами, уреоплазмами, ЦМВ-инфекцией, герпетической инфекцией, ВПЧ-инфекцией в качестве монотерапии.

4. Оценить безопасность применения аппарата ДЭТА-АР при выше указанных заболеваниях.

### План исследования:

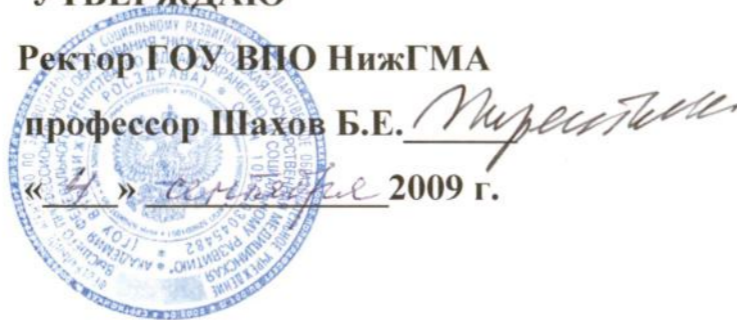
В исследование включены женщины репродуктивного возраста (18-42 лет), находящиеся на

УТВЕРЖДАЮ

Ректор ГОУ ВПО НижГМА

профессор Шахов Б.Е.

« 4 » сентября 2009 г.



амбулаторном лечении в женской консультации №10 МЛПУ «Родильный дом №4».

Отбор пациентов проводился в соответствии с выбранными критериями включения.

**Критерии включения:** в исследование вошли пациентки с ВЗОМТ (острые и хронические формы), ассоциированные с хламидиями, микоплазмами, уреоплазмами, ЦМВ-инфекцией, герпетической инфекцией, ВПЧ-инфекцией, подтвержденными данными ИФА крови и ПЦР мазков, страдающие хроническими и острыми воспалительными заболеваниями женской половой сферы.

Обследование и лечение проводилось на основе информированного добровольного согласия больного на основании Приказа №163 (ОСТ 91500.14.0001-2002) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Проведение исследований согласовано с локальным этическим комитетом ГУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко.

**Место и время проведения исследований:** Женская консультация №10 МЛПУ «Родильный дом №4» г. Нижнего Новгорода с 07.11.2008 г. по 01.12.2009.

**Для проведения исследований представлены:**

1. Аппараты ДЭТА-АР производства ООО НПО «ЭЛИС» (г. Москва) в количестве 3 шт.; программное обеспечение аппарата предусматривает антипаразитарную электромагнитную волновую терапию.

2. Аппараты ДЭТА-АР разрешены к применению в медицинской практике (регистрационное удостоверение Росздравнадзора № ФС 022 а 1710/4625-06 от 22 декабря 2011 г.)

3. Руководство по эксплуатации аппаратов ДЭТА-АР.

4. Методические рекомендации по использованию аппаратов ДЭТА. Методика диагностики и лечения охраняется патентом №2000114578 от 20.03.2003 г, на законных основаниях используемых ООО «НПО «ЭЛИС».

### Результаты исследований:

Исследования клинической эффективности различных способов коррекции ВЗОМТ, вызванных хламидиями, микоплазмами, уреоплазмами, цитомегаловирусной, герпетической и ВПЧ-инфекцией, проведены у 45 пациенток (женщин), в возрасте от 18 до 42 лет (средний возраст  $29,3 \pm 1,1$  лет).

Диагноз заболеваний устанавливался клинически с подтверждением данными иммуноферментного анализа и обнаружением фрагментов ДНК возбудителей методом ПЦР.

**Основная группа** была разделена на 2 подгруппы:

1-я (N1) – сочетание медикаментозной и биорезонансной терапии. 2-я (N2) получала только терапию приборами ДЭТА-АР.

**Контрольная группа** (N3) (исключительно медикаментозное лечение) составила 55 человек (женщин), в возрасте от 18 до 42 лет (средний возраст  $26,3 + 1,2$  лет).

Группы наблюдения были сопоставимы по возрасту, нозологическим формам и тяжести основного заболевания.

Методика лечения. Перед процедурой лечения проводилась подготовка аппарата «ДЭТА» к работе в соответствии с указаниями руководства по эксплуатации устройства. Включение и выключение аппарата осуществлялось в соответствии с указаниями данного руководства. При проведении сеанса аппарат располагался у

пациентки в проекции локализации очага заболевания. Длительность процедуры зависела от индивидуального набора программ, в среднем – 40-60 минут. Все пациентки основной группы получали 3 сеанса биорезонансной терапии через день и 3 сеанса детоксикационной биорезонансной терапии.

Оценка лечебной эффективности применявшихся методов проводилась путем клинических осмотров 1 раз 2 дня, включающих оценку общего состояния, термометрию, специальное гинекологическое исследование (до и после полного курса терапии), в начале и конце терапии: УЗИ органов малого таза, клинический анализ крови с определением лейкоформулы, СОЭ, лейкоцитарного индекса интоксикации, микробиоценоза влагалища до и после лечения методом световой микроскопии и бактериологического исследования.

Клинические наблюдения за больными, получавшими лечение аппаратом ДЭТА-АР в качестве монотерапии и комбинированное с медикаментозным лечением, позволили выявить более выраженный положительный терапевтический эффект по сравнению с контрольной группой, получавшей стандартную антибактериальную и противовирусную терапию. Эффективность лечения выразилась в нормализации температуры, показателей ОАК, местного статуса. Ликвидация болевого синдрома (постоянных тупых ноющих болей внизу живота) у больных основной группы происходила ко 2 дню, то есть быстрее в 3 раза, чем в контрольной группе.

Клиническая характеристика групп наблюдения и влияние различных способов лечения воспалительных заболеваний органов малого таза представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Диагноз	Кол-во пациентов			Средняя продолжительность лечения при сочетании медикаментозной и биорезонансной терапии.	Средняя продолжительность монотерапии аппаратом ДЭТА-АР	Средняя продолжительность лечения традиционной медикаментозной терапией.
	№1	№2	№3			
Хламидиоз	6	2	10	$12,2 \pm 1,4$	$3 \pm 0$	$14,53 \pm 1,7$
Микоплазмоз	3	2	9	$7,23 \pm 1,1$	$3 \pm 0$	$8 = 1,3$
Уреоплазмоз	6	2	10	$8,93 \pm 0,9$	$3 \pm 0$	$9,33 \pm 1,1$
ЦМВ-инфекцией	6	3	8	$10,73 \pm 1,2$	$3 \pm 0$	$12,23 \pm 1,5$
ВПЧ-инфекцией	5	3	10	$14,43 \pm 1,3$	$3 \pm 0$	$15,93 \pm 1,3$
Вирус герпеса	4	3	8	$21,3 \pm 2,7$	$3 \pm 0$	$24,53 \pm 3,0$

**Переносимость.** Следует отметить удобство и хорошую переносимость терапии аппаратом «ДЭТА-АР», отсутствие общих и местных побочных реакций при лечении ВЗОМТ, ассоциированных с наличием хламидий, микоплазм, уреоплазм, цитомегаловирусной, герпетической и папилломовирусной инфекций.

Терапия не оказывала негативного влияния на течение сопутствующей соматической патологии, имевшейся у наблюдаемых пациенток. Более того, применение восстановительных частот, заложенных в антипаразитарных программах аппарата ДЭТА-АР, способствует более быстрому восстановлению анатомии и функций пораженных органов.

#### **Заключение.**

1. Показана недостаточная клиническая эффективность традиционной антибактериальной и противовирусной терапии у больных ВЗОМТ,

ассоциированных с хламидиями, микоплазмами, уреоплазмами, ЦМВ-инфекцией, герпетической инфекцией, ВПЧ-инфекцией (60-65%).

2. Выявлен высокий клинический эффект аппарата ДЭТА-АР как в комплексе с традиционной медикаментозной терапией ВЗОМТ, ассоциированных с хламидиями, микоплазмами, уреоплазмами, ЦМВ-инфекцией, герпетической инфекцией, ВПЧ-инфекцией (87-92%), так и в качестве монотерапии данных инфекций (85%).

3. Выявлено отсутствие противопоказаний к использованию аппарата ДЭТА-АР у больных ВЗОМТ, ассоциированных с хламидиями, микоплазмами, уреоплазмами, ЦМВ-инфекцией, герпетической инфекцией, ВПЧ-инфекцией.

4. Возможно использование аппарата «ДЭТА-АР» в стационарных, амбулаторных и домашних условиях.

«УТВЕРЖДАЮ»  
Главный врач МЛПУ Клинический родильный дом №4  
Городского округа город Уфа РБ  
  
Камалов Э.М.  
«20» мая 2009 года

## Протокол клинических испытаний

## эффективности лечения аппаратом ДЭТА

2009 год

**Основание для проведения исследований:** Договор о проведении пострегистрационной клинической апробации от 28 марта 2009 г.

**Цель исследований:** Оценить возможности применения аппарата ДЭТА производства ООО НПП «ЭЛИС» в медицинской практике на территории Российской Федерации при гинекологических заболеваниях, ассоциированных с носительством урогенитальных инфекций: хламидиоза, уреоплазмоза, микоплазмоза, гарднереллеза, кандидоза, цитомегаловирусной, герпетической и токсоплазменной.

**Вид исследования:** открытое, нерандомизированное, сравнительное.

#### **Задачи исследования:**

1. Определить клиническую эффективность применения аппарата ДЭТА при латентном носительстве и обострении хронических форм урогенитальных инфекций в качестве монотерапии

2. Исследовать клиническую эффективность применения аппарата ДЭТА при острых формах инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий, ассоциированных с паравенерическими инфекциями, в составе комплексного лечения

3. Оценить безопасность применения аппарата ДЭТА при выше указанных заболеваниях.

#### **План исследования:**

В исследование включены женщины репродуктивного возраста (18-42 лет), находящиеся на стационарном лечении в гинекологическом отделении Городского перинатального центра.

Отбор пациентов проводится в соответствии с выбранными критериями включения.

**Критерии включения:** в исследование вошли пациентки с хламидиозом, уреоплазмозом, микоплазмозом, гарднереллезом, кандидозом,

цитомегаловирусной, герпетической и токсоплазменной инфекциями, подтвержденными данными ИФА крови и ПЦР мазков, страдающие хроническими и острыми воспалительными заболеваниями женской половой сферы, имеющие отягощенный анамнез в отношении невынашивания беременности и бесплодия.

Обследование и лечение проводилось на основе информированного добровольного согласия больного на основании Приказа №163 (ОСТ 91500.14.0001-2002) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Проведение исследований согласовано с Этическим комитетом

**Место и время проведения исследований:** Гинекологическое отделение МЛПУ роддом №4 г. Уфы.

**Для проведения исследований представлены:**

1. Аппараты ДЭТА-АР и ДЭТА-Ritm производства ООО «НПО «ЭЛИС» (Москва) в количестве 3 шт; Программное обеспечение аппарата предусматривает антипаразитарную электромагнитную волновую терапию.

2. Аппараты ДЭТА разрешены к применению в медицинской практике (регистрационное удостоверение Росздравнадзора № ФС 022 а1710/4625-06 от 22 декабря 2011 г.).

3. Руководство по эксплуатации аппаратов ДЭТА.

4. Методические рекомендации по использованию аппаратов ДЭТА.

Методика диагностики и лечения в.т. охраняется патентом №2000114578 от 20.03.2003 г., на законных основаниях используемых ООО «НПО «ЭЛИС».

#### **Результаты исследований:**

Исследования клинической эффективности различных способов коррекции гинекологиче-

ских заболеваний, ассоциированных с носительством урогенитальных инфекций: хламидиоза, уреоплазмоза, микоплазмоза, гарднереллеза, кандидоза, цитомегаловирусной, герпетической и токсоплазменной проведено у 46 пациенток (женщин), в возрасте от 18 до 42 лет (средний возраст 27,4 ± 1,1 лет).

Диагноз заболеваний устанавливался клинически с подтверждением данными иммуноферментного анализа и обнаружением фрагментов ДНК возбудителей методом ПЦР.

Основная группа была разделена на 2 подгруппы: 1-я получала только терапию приборами ДЕТА, 2-я – сочетание медикаментозной и биорезонансной терапии.

Группа сравнения (исключительно медикаментозное лечение) составила 55 человек (женщин), в возрасте от 18 до 42 лет (средний возраст 26,3 ± 1,2 лет).

Группы наблюдения были сопоставимы по возрасту, нозологическим формам и тяжести основного заболевания.

**Методика лечения.** Перед процедурой лечения проводилась подготовка аппарата «ДЕТА» к работе в соответствии с указаниями руководства по эксплуатации устройства. Включение и выключение аппарата осуществлялось в соответствии с указаниями данного руководства. При проведении сеанса аппарат располагался у пациентки в проекции локализации очага заболевания. Длительность процедуры зависела от индивидуального набора программ, в среднем – 40-50 минут. Кратность 1-2 сеанса в день, в зависимости от переносимости процедур, курс от 5 до 10 дней.

Необходимость сопутствующей медикаментозной терапии в основной группе определялась тяжестью состояния больных. При выраженных симптомах интоксикации проводилась детоксикационная инфузионная и антибактериальная терапия у пациенток с послеродовыми и послеоперационными эндометритами и инфильтратами.

При наличии умеренно выраженной интоксикации, легких и средней степени тяжести заболеваний проводили биорезонансную монотерапию.

**Оценка лечебной эффективности** применявшихся методов проводилась путем ежедневных клинических осмотров, включающих оценку общего состояния, термометрию, специальное гинекологическое исследование, 1 раз в 3 дня проводились УЗИ, клинический анализ крови с определением лейкоформулы, СОЭ, лейкоцитарного индекса интоксикации. Проведено изучение микробиоценоза влагалища до и после лечения методом световой микроскопии и бактериологического исследования.

Клинические наблюдения за больными, получавшими лечение аппаратом ДЕТА в качестве монотерапии и комбинированное с медикаментозным лечением, позволили выявить более выраженный положительный терапевтический эффект по сравнению с контрольной группой, получавшей антибиотики, инфузионную и противовоспалительную терапию.

Эффективность лечения выражалась в уменьшении явлений интоксикации (нормализация температуры, показателей ОАК, местного статуса). Ликвидация болевого синдрома у больных основной группы происходила ко 2 дню, то есть быстрее в 3 раза, чем в контрольной группе.

Клиническая характеристика групп наблюдения и влияние различных способов лечения воспалительных заболеваний органов малого таза представлены в таблице 1.

**Переносимость.** Следует отметить удобство и хорошую переносимость терапии аппаратом «ДЕТА», отсутствие общих и местных побочных реакций при лечении при гинекологических заболеваниях, ассоциированных с носительством урогенитальных инфекций: хламидиоза, уреоплазмоза, микоплазмоза, гарднереллеза, кандидоза, цитомегаловирусной, герпетической и токсоплазменной.

Терапия не оказывала негативного влияния на течение сопутствующей соматической патологии, имевшейся у наблюдаемых пациенток. Более того, применение в комплексной терапии аппарата ДЕТА-ритм и восстановительных частот, заложенных в Антипаразитарных программах для аппарата ДЕТА-АР, способствует более быстрому восстановлению анатомии и функций пораженных органов.

#### Заключение.

1. Аппарат ДЕТА (с программным обеспечением «АП») по своим функциональным и эксплуатационным качествам полностью отвечает требованиям медицинской практики в области лечения гинекологических заболеваний.

2. Показан высокий клинический эффект аппарата ДЕТА как в виде монотерапии, так и в комплексе с медикаментозной терапией по сравнению с традиционными методами лечения.

3. Противопоказаний к использованию аппарата ДЕТА у пациенток с острыми и хроническими урогенитальными инфекциями не выявлено.

4. Возможно использование аппарата «ДЕТА» в стационарных, амбулаторных и домашних условиях.

Таблица 1.

Диагноз	Количество пациентов		Средняя продолжительность традиционной медикаментозной терапии в контрольной группе (дни)	Средняя продолжительность лечения на приборе ДЕТА в основной группе (дни)	Средняя продолжительность лечения на приборе ДЕТА в сочетании с медикаментозной терапией в основной группе (дни)
	Основная группа	Контрольная группа			
Послеродовый метроэндометрит, в том числе – на фоне носительства: • Хламидиоза • Уреоплазмоза • Микоплазмоза • ЦМВИ • ВПГ	N=14 5 7 7 11 11	N=25 7 11 13 21 22	10,3±0,8 12,3 ±0,4 8,3 ±0,3 9,2 ±0,4 10,7 ±0,6 12,3±0,5	Терапия на приборе ДЕТА без назначения медикаментов не проводилась в связи с тяжестью состояния пациенток.	5,3±0,2 7,3 ±0,10 6,1 ±0,09 6,8 ±0,3 5,3 ±0,05 5,7±0,1
Обострение хронического эндометрита, сальпингоофорита на фоне носительства: • Хламидиоза • Уреоплазмоза • Микоплазмоза • ЦМВИ • ВПГ	N=16 8 7 9 14 12	N=15 9 8 7 11 11	9,3±0,4 10,3 ±0,2 8,3 ±0,3 7,2 ±0,4 14,7 ±0,1 13,3±0,2	6,3±0,1 6,7 ±0,2 6,3 ±0,3 6,1 ±0,1 7,2 ±0,1 7,1 ±0,1	6,0±0,2 6,2 ±0,2 6,2 ±0,1 6,1 ±0,3 5,7±0,1 5,9±0,2
Кольпит и цервицит на фоне носительства: • Хламидиоза • Уреоплазмоза • Микоплазмоза • ЦМВИ • ВПГ	N=16 9 7 7 13 11	N=15 8 7 9 11 12	13,3 ±0,7 10,1 ±0,4 12,3 ±0,1 9,2 ±0,4 14,7 ±0,6 13,3 ±0,5	6,1 ±0,1 6,4 ±0,2 6,2 ±0,2 6,1 ±0,1 7,1 ±0,1 7,2 ±0,1	Комбинированная терапия не проводилась в связи с отсутствием необходимости

#### Рекомендации.



Ответственный исполнитель

Главный врач МЛПУ роддом №4 г. Уфы

*С.С. Саубанова*

к.м.н. Саубанова Т.В.

Камалов Э.М.

к.м.н.

## Протокол клинических испытаний

# эффективности лечения аппаратом «ДЕТА-13»

2010 год

**Основание для проведения исследований:** Договор о проведении пострегистрационной клинической апробации.

**Цель исследований:** Оценить возможности применения аппаратов ДЭТА-13 производства ООО НПП «ЭЛИС» в медицинской практике на территории Российской Федерации при гинекологических заболеваниях, ассоциированных с носительством урогенитальных инфекций: хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, неспецифических острых и хронических заболеваний матки и придатков, а так же при ведении послеоперационных больных.

**Вид исследования:** открытое, нерандомизированное, сравнительное.

### Задачи исследования:

1. Определить клиническую эффективность применения аппаратов ДЭТА-13 при острых и обострении хронических форм урогенитальных инфекций в качестве монотерапии и в комбинации с традиционными методами терапии.

2. Исследовать клиническую эффективность применения аппаратов ДЭТА-13 в послеоперационном периоде в составе комплексного лечения.

3. Оценить безопасность применения аппаратов ДЭТА-13 при выше указанных заболеваниях.

### План исследования:

В исследование включены женщины репродуктивного возраста (18-42 лет), находящиеся на стационарном лечении в гинекологическом отделении БСМП.

Отбор пациентов проводится в соответствии с выбранными критериями включения.

**Критерии включения:** в исследование вошли пациентки с хламидиозом, уреаплазмозом, микоплазмозом и инфекциями неспецифиче-

ской этиологии, подтвержденными данными ИФА крови и ПЦР мазков, страдающие хроническими и острыми воспалительными заболеваниями женской половой сферы. В том числе – после перенесенных операций на органах малого таза.

Обследование и лечение проводилось на основе информированного добровольного согласия больного в соответствии с Приказом №163 (ОСТ 91500.14.0001-2002) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Проведение исследований согласовано с Этическим комитетом.

**Место и время проведения исследований:** Гинекологическое отделение БСМП г. Уфы.

**Для проведения исследований представлены:**

1. Аппараты ДЭТА - AP 13 и ДЭТА-Ritm-13 производства ООО «НПО «ЭЛИС» (Москва) в количестве 2 шт; Программное обеспечение аппаратов предусматривает антипаразитарную и восстановительную электромагнитную волновую терапию.

2. Аппараты ДЭТА-13 разрешены к применению в медицинской практике (регистрационное удостоверение Росздравнадзора № ФС 022 а1710/4625-06 от 22 декабря 2011 г.)

3. Руководство по эксплуатации аппаратов ДЭТА -13.

4. Методические рекомендации по использованию аппаратов ДЭТА-13.

Методика диагностики и лечения в.т. охраняется патентом №2000114578 от 20.03.2003 г., на законных основаниях используемых ООО «НПО «ЭЛИС».

### Результаты исследований:

За период с 10.01.10 по 05.05.10 г. исследования клинической эффективности различных способов коррекции гинекологических забо-

«УТВЕРЖДАЮ»



Главный врач БСМП

Ишмухаметов Г.Ш.

«6» мая 2010 года

леваный, ассоциированных с носительством урогенитальных инфекций: хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза и неспецифическими воспалительными заболеваниями завершены у 28 пациенток (женщин), в возрасте от 18 до 42 лет (средний возраст 27,3 +1,0 лет).

Диагноз заболеваний устанавливался клинически с подтверждением данными иммуноферментного анализа и обнаружением фрагментов ДНК возбудителей методом ПЦР в отделяемом нижних отделов мочеполовой системы.

Основная группа была разделена на 2 подгруппы: 1-я получала только терапию приборами ДЭТА-13, 2-я – сочетание медикаментозной и биорезонансной терапии.

Группа сравнения (исключительно медикаментозное лечение) составила 35 человек (женщин), в возрасте от 18 до 42 лет (средний возраст 27,8 + 1,1 лет)

Группы наблюдения были сопоставимы по возрасту, нозологическим формам и тяжести основного заболевания.

**Методика лечения.** Перед процедурой лечения проводилась подготовка аппарата «ДЭТА-13» к работе в соответствии с указаниями руководства по эксплуатации устройства. Включение и выключение аппарата осуществлялось в соответствии с указаниями данного руководства. При проведении сеанса аппарат располагался у пациентки в проекции локализации очага заболевания. Длительность процедуры зависела от индивидуального набора программ, от 50 до 240 минут, в среднем – 90-120 минут. Кратность 1-2 сеанса в день, в зависимости от переносимости процедур, курс от 5 до 10 дней.

Необходимость сопутствующей медикаментозной терапии в основной группе определялась тяжестью состояния больных. При выраженных симптомах интоксикации проводилась детоксикационная инфузионная и антибактериальная терапия у пациенток с острыми формами инфекционно-воспалительных заболеваний.

При наличии умеренно выраженной интоксикации, легкой и средней степени тяжести заболеваний проводили биорезонансную монотерапию.

**Оценка лечебной эффективности** применявшихся методов проводилась путем ежедневных клинических осмотров, включающих оценку общего состояния, термометрию, специальное гинекологическое исследование, 1 раз в 3 дня проводились УЗИ, клинический анализ крови с определением лейкоформулы. СОЭ, лейкоцитарного индекса интоксикации. Проведено изучение микробиоценоза влагалища до и после лечения методом световой микроскопии и бактериологического исследования. Через 1,5-2 мес. после завершения лечения его эффектив-

ность подтверждалась методом ПЦР, ИФА и бактериологическим исследованием.

Клинические наблюдения за больными, получавшими лечение аппаратом ДЭТА –13 в качестве монотерапии и комбинированное с медикаментозным лечением, позволили выявить более выраженный положительный терапевтический эффект по сравнению с контрольной группой, получавшей антибиотики, инфузионную и противовоспалительную терапию.

Эффективность лечения выражалась в уменьшении явлений интоксикации (нормализация температуры, показателей ОАК, местного статуса). Ликвидация болевого синдрома у больных основной группы происходила ко 2-3 дню, то есть быстрее в 2 раза, чем в контрольной группе.

Терапия хорошо переносится, не вызывая ухудшения общего самочувствия больных и выраженной интоксикации, требующей медикаментозной коррекции.

Клиническая характеристика групп наблюдения и влияние различных способов лечения воспалительных заболеваний органов малого таза представлены в таблице 1.

**Переносимость.** Следует отметить удобство и хорошую переносимость терапии аппаратом «ДЭТА-13», отсутствие общих и местных побочных реакций при лечении при гинекологических заболеваниях, ассоциированных с носительством урогенитальных инфекций: хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза и неспецифических инфекций.

Терапия не оказывала негативного влияния и способствовала более быстрому восстановлению анатомии и функций пораженных органов.

Эффективность лечения функциональных кист кист яичника при помощи приборов серии ДЭТА-13 составила 89 %. Длительность лечения составила – 5-7 дней.

Следует так же отметить высокую эффективность ведения послеоперационных больных приборами серии ДЭТА-13. Ставились программы: операция-боль, острая боль, детоксикация, регуляция ЖКТ, кровообращение. Отмечалось более легкое течение послеоперационного периода: требовалось меньше обезболивающих препаратов, больные легче выходили после наркоза, осложнений в послеоперационном периоде не было.

Всего пролечено было больных после операции – 30, контрольная группа – 20. Назначение обезболивающих препаратов в контрольной группе – 3-5 дней, в основной группе – 1-2 дня.

У двух женщин при лечении длительной аменореи началось созревание фолликулов. Лечение проводилось 10 дней. После отмены приборов начались приливы. Требуется дальнейшая проработка программы.

### Заключение.

1. Аппараты серии ДЭТА-АР-13 и ДЭТА – ритм-13 (с программным обеспечением) по своим функциональным и эксплуатационным качествам полностью отвечают требованиям медицинской практики в области лечения гинекологических заболеваний.

2. Показан высокий клинический эффект аппаратов серии ДЭТА-13 как в виде монотерапии, так и в комплексе с медикаментозной терапией в лечении хронических и острых воспалитель-

ных заболеваний органов малого таза, ассоциированных с носительством урогенитальных инфекций, по сравнению с традиционными методами лечения. Высокий клинический эффект при ведении послеоперационных больных.

3. Противопоказаний к использованию аппарата ДЭТА-13 у пациентов не выявлено.

4. Возможно использование аппаратов серии «ДЭТА-13» в стационарных, амбулаторных и домашних условиях.

Таблица 1.

Диагноз	Количество пациентов		Средняя продолжительность традиционной медикаментозной терапии в контрольной группе(дни)	Средняя продолжительность лечения на приборе ДЭТА в основной группе (дни)	Средняя продолжительность лечения на приборе ДЭТА в сочетании с медикаментозной терапией в основной группе (дни)
	Основная группа	Контрольная группа			
Обострение хронического эндометрита, сальпингоофорита на фоне носительства: • Хламидиоза • Уреаплазмоза • Микоплазмоза • Неспецифической микрофлоры	N=28	N=35	9,3+0,2	6,4+0,1	6,1 +0,2
	3	5	14,3 +0,3	7,9 +0,2	7,2 +0,2
	7	4	10,3 +0,2	6,5 +0,2	6,3 +0,1
	6	8	10,2 +0,1	5,4 +0,2	6,4 +0,3
	12	18	14,3 +0,3	5,0 +0,1	5,7+0,1
				5,9 +0,2	

### Рекомендации

Главный врач ..... Г.Ш. Ишмухаметов

Ответственный исполнитель ..... Н.И. Саблина



## Протокол клинических испытаний

## эффективности лечения аппаратом ДЭТА

2010 год

**Основание для проведения исследований:** Договор о проведении пострегистрационной клинической апробации от 28 марта 2009 года.

Цель исследований: 1.Оценить возможности применения аппарата ДЭТА АП производства ООО НПП «ЭЛИС» в медицинской практике на территории Российской Федерации при Лямблиозе у взрослых и детей

2. Оценить возможности совместного применения аппаратов ДЭТА АП и ДЭТА Ритм производства ООО НПП «ЭЛИС» в медицинской практике на территории Российской Федерации при Лямблиозе у взрослых и детей

**Вид исследования:** открытое, нерандомизированное, сравнительное.

### Задачи исследования:

1. Определить клиническую эффективность применения аппарата ДЭТА АП при остром течении кишечной формы лямблиоза в качестве монотерапии

2. Исследовать клиническую эффективность применения аппарата ДЭТА АП при остром течении Лямблиозе в составе комплексного лечения

3. Исследовать клиническую эффективность применения аппарата ДЭТА АП при гепатобилиарном синдроме хронического течения лямблиоза

4. Исследовать клиническую эффективность о применения аппаратов ДЭТА АП и ДЭТА Ритм в составе комплексного лечения при гепатобилиарном синдроме хронического течения лямблиоза

5. Исследовать клиническую эффективность применения аппаратов ДЭТА АП при астеноневротическом синдроме хронического течения лямблиоза

4. Исследовать клиническую эффективность совместного применения аппаратов ДЭТА АП и

ДЭТА Ритм в составе комплексного лечения при астеноневротическом синдроме хронического течения лямблиоза

5. Оценить безопасность применения аппаратов ДЭТА при лямблиозе

**План исследования:** проведение клинических испытаний на 48 человек. Отбор пациентов проводился в соответствии с выбранными критериями включения.

**Критерии включения:** в исследование вошли 48 человека с лабораторным бактериоскопическим и иммунологическим подтвержденным исследованием. Обследование и лечение проводилось на основе информированного добровольного согласия больного или родителей ребенка на основании Приказа №163 (ОСТ 91500.14.0001-2002) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Место и время проведения исследований:** кабинет поликлиники, на дому.

**Для проведения исследований представлены:**

1. Аппарат ДЭТА АП производства ООО «НПО «ЭЛИС» (Москва) в количестве 1 шт; Программное обеспечение аппарата предусматривает антипаразитарную терапию.

2. Аппарат ДЭТА Ритм производства ООО «НПО «ЭЛИС» (Москва) в количестве 1 шт; Программное обеспечение аппарата предусматривает:

- нормализацию работы ЖКТ и иммунной систем при гепатобилиарном синдроме хронического течения лямблиоза;

- нормализацию работы нервной и иммунной систем при астеноневротическом синдроме хронического течения лямблиоза.

3. Аппарат ДЭТА АП разрешен к применению в медицинской практике (регистрационное удо-

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по научной работе  
ГОУ ВПО Башгосмедуниверситета  
Росздрава, д.м.н., профессор

Е.К.Алехин

« 2009г. »



стование Росздравнадзора № ФСР 2009/05641 от 4 сентября 2009 года).

3. Аппарат ДЭТА Ритм разрешен к применению в медицинской практике (регистрационное удостоверение Росздравнадзора № ФСР 2009/05641 от 4 сентября 2009 года).

4. Руководство по эксплуатации аппарата ДЭТА АП.

5. Руководство по эксплуатации аппарата ДЭТА Ритм.

6. Методические рекомендации по использованию аппарата ДЭТА-АП-13/ Методика диагностики и лечения в.т. охраняется патентом №2000114578 от 20.03.2003 г., на законных основаниях используемых ООО «НПО «ЭЛИС».

#### Результаты исследований:

Исследования клинической эффективности различных способов коррекции лямблиоза проводилось у 48 пациентов (8 мужчин, 20 женщин в возрасте от 22 до 65 лет и 20 детей в возрасте от 1,5 до 15 лет. Диагноз Лямблиоз устанавливался клинически с подтверждением данными бактериологического и иммунологического исследований.

Группа сравнения (исключительно медикаментозное лечение) составила:

- 20 человек (5 мужчин и 5 женщин в возрасте от 25 до 55 лет и 10 детей в возрасте от 3 до 10 лет) при кишечной форме острого течения лямблиоза кишечника;

- 20 человек (4 мужчин и 6 женщин в возрасте от 22 до 55 лет и 10 детей в возрасте от 3 до 10 лет) при гепатобилиарной форме хронического течения лямблиоза;

- 20 человек (4 мужчин и 6 женщин в возрасте от 25 до 55 лет и 10 детей в-возрасте от 3 до 10 лет) при астеноневротической форме хронического течения лямблиоза.

Группы наблюдения были сопоставимы по полу, возрасту, нозологическим формам, тяжести основного заболевания и выраженности клинических проявлений лямблиоза. Для всех клинических форм лямблиоза под наблюдение подбирались пациенты:

1) с кишечной формой острого лямблиоза;

2) с гепатобилиарной формой хронического лямблиоза;

3) с астеноневротической формой хронического лямблиоза.

**Методика лечения.** Перед процедурой лечения проводилась подготовка аппаратов «ДЭТА АП» ДЭТА РИТМ к работе в соответствие с указаниями руководства по эксплуатации устройства. Включение и выключение аппарата осуществлялось в соответствии с указаниями данного руководства. При проведении сеанса аппарат располагался в радиусе 20-30 см от эпигастральной области.

Длительность процедуры 1320 секунд, кратность 1 сеанса в день для ДЭТА АП.

1) Курс с кишечной формой острого лямблиоза 5-7 дней (7 дней у детей):

- У взрослых ежедневно или с 1-2 дневным перерывом после 2-х сеансов с последующей установкой программы «дренаж»;

- У детей 3 дня подряд, 2 дня перерыв, 4 дня подряд с последующей установкой программы «дренаж» (2400 сек.).

2) Курс с гепатобилиарной формой хронического лямблиоза 10-14 дней с последующей установкой программы «дренаж» (2400 сек.).

3) Курс с астеноневротической формой хронического лямблиоза 10-14 дней с последующей установкой программы «дренаж» (2400 сек.).

Длительность процедуры прибором ДЭТА РИТМ при хроническом течении лямблиоза определялась временем входящих программ:

- Для гепатобилиарной формы: «Боль в животе» (2400 сек.) и «Иммунная система» (2400сек.), количество сеансов 10-14;

- Для астеноневротической формы: «ВСД» (2400 сек.) и «Иммунная система» (2400 сек.), количество сеансов 10-14.

**Оценка лечебной эффективности** различных методов коррекции лямблиоза проводилась путем ежедневных клинических осмотров, включающих оценку общего состояния, а также:

- при кишечной форме острого лямблиоза – наличие бледности кожных покровов, метеоризма, кишечных колик, диареи, «урчания» в области живота, болей при пальпации области живота;

- при гепатобилиарной форме – наличие бледности кожных покровов, болей в области правого подреберья при пальпации, диареи или запоров, «урчания» в области живота;

- при астеноневротической форме – наличие бледности кожных покровов, утомляемости, головной боли – (у детей до 3-х лет эквиваленты головной боли – плаксивость и снижение эмоционального тонуса), нарушения сна, раздражительность.

Из лабораторных исследований осуществлялись бактериоскопическое исследование кала на цисты лямблий и ИФА на антитела к лямблиям.

Поскольку выявляемость цист лямблий при бактериоскопическом исследовании невысока (по статистическим данным – до 20%) и зависит от субъективных факторов, в карту обследования данный метод не был включен.

Из аппаратных методов обследования проводилась фиксация электрического потенциала точек SPED 3-dex, IG-4 dex и sin, ND-3 dex. и sin., ND-4 dex и sin.

Таблица 1

Динамика основных клинических симптомов, иммунологических показателей и показателей активности органов ЖКТ, определяемой методом акупунктурной диагностики по Фоллю у больных кишечной формой острого лямблиоза кишечника

Симптомы		Группы больных с кишечным синдромом острого течения лямблиоза					
		1-я группа Аппарат ДЭТА АП N=12		2-группа Аппарат ДЭТА АП + медикаментозный комплекс N=12		3-я группа медикаментозный комплекс N=20	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Бледность кожных покровов	До лечения	9	75	10	83	16	80
	После лечения	3	25	6	50	10	50
Метеоризм	До лечения	8	67	8	67	16	80
	После лечения	1	8	2	17	4	20
Кишечные колики	До лечения	5	41	6	50	11	55
	После лечения	1	8	2	17	5	25
Диарея	До лечения	4	33	4	33	8	40
	После лечения	1	8	0	0	5	10
«Урчание» в животе	До лечения	8	67	7	58	12	60
	После лечения	2	17	1	8	4	20
Боли в животе при пальпации	До лечения	10	83	10	83	16	80
	После лечения	2	17	1	8	7	35
ИФА высокий титр специфических а/т по IgG	До лечения	8	67	9	75	16	75
	После лечения	4	33	2	17	5	25
	Через 3 мес.	1	1	1	8	4	20
<b>ЭАПД по Фоллю (средние показатели)</b>							
SPED 3-dex	До лечения	12-25		13-27		13-28	
	После лечения	30-40		35-47		35-40	
IG -4 -dex	До лечения	10-25		12-27		12-28	
	После лечения	30-45		40-50		25-45	
IG -4 -sin	До лечения	25-30		20-30		25-40	
	После лечения	38-45		35-50		35-40	



**Выводы:**

Из клинических проявлений острого течения кишечной формы лямблиоза отмечено:

**В 1-й группе** наибольшая динамика при изначальном проявлении метеоризма (уменьшение в 8 раз) и болей при пальпации живота (уменьшение в 5 раз), заметно сократились проявления «урчания» в животе (4 раза) и бледности кожных покровов (3 раза); кишечные колики и диарея сократились в 2 раза.

Показатели титра специфических антител сократились в 2 раза.

Акупунктурные показатели улучшились на 10-20 единиц.

**Во 2-й группе** боль при пальпации живота сократилась в 10 раз, «урчание» – в 7 раз, блед-

ность кожных покровов в 5 раз, метеоризм в 4 раза, кишечные колики в 3 раза.

Показатели титра специфических антител сократились в 5 раз.

Акупунктурные показатели улучшились на 15-25 единиц.

**В 3-й группе** положительная динамика проявилась в уменьшении метеоризма и диареи (в 4 раза), «урчания» в 3 раза, проявления остальных симптомов сократились в 2 раза.

Показатели титра специфических антител сократились в 3 раза.

Акупунктурные показатели улучшились на 5-7 единиц.

**Таблица 2**

**Динамика основных клинических симптомов, иммунологических показателей и показателей активности органов ЖКТ, определяемой методом акупунктурной диагностики по Фоллю у больных гепатобилиарной формой хронического лямблиоза**

Симптомы		Группы больных с гепатобилиарным синдромом хронического течения лямблиоза					
		1-я группа Аппарат ДЭТА АП N=8		2-группа Аппарат ДЭТА АП + ДЭТА Ритм N=8		3-я группа медикаментозный комплекс N=20	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Бледность кожных покровов	До лечения	7	88	6	75	16	80
	После лечения	2	25	1	13	14	70
Боли в области правого подреберья	До лечения	8	100	8	100	18	90
	После лечения	1	1	1	1	6	30
Чувство горечи во рту	До лечения	5	63	4	50	11	55
	После лечения	1	13	0	0	8	40
Диарея или запоры	До лечения	4	50	3	38	8	40
	После лечения	2	25	1	13	11	55
«Урчание» в животе	До лечения	8	67	7	58	12	60
	После лечения	2	25	1	13	4	20
ИФА высокий титр специфических а/т по IgG	До лечения	7	88	6	75	16	75
	После лечения	5	63	3	38	12	60
	Через 3 мес.	2	25	1	13	8	40

**ЭАПД по Фоллю (средние показатели)**

		ЭАПД по Фоллю (средние показатели)		
		До лечения	После лечения	Через 3 мес.
SPED 3-dex	До лечения	10-25	10-27	10-28
	После лечения	30-40	35-45	30-45
IG -4 -dex	До лечения	10-25	12-27	12-28
	После лечения	30-45	40-50	25-40
IG -4 -sin	До лечения	10-30	20-30	25-30
	После лечения	38-45	35-50	35-30

**Выводы:**

**В 1-й группе** среди клинических проявлений почти полностью исчезли боли в области правого подреберья и в 5 раз сократилось проявление чувства горечи во рту, в 3 раза уменьшились проявления бледности кожных покровов и «урчания» в животе, диарея (запор) стали встречаться в 2 раза реже.

Титры специфических антител в динамике сократились в 3 раза Акупунктурные показатели увеличились на 10-15 единиц.

**Во 2-й группе** полностью исчезли проявления болей в области правого подреберья, в 6 раз сократились проявления бледности кожных

покровов, в 4 раза – «урчание» в области живота, в 3 раза диарея (запор). Титры специфических антител в динамике сократились в 5 раз Акупунктурные показатели увеличились на 25-30 единиц.

**В 3-й группе** в 3 раза сократилось «урчание» в области живота и боли в области правого подреберья, в 1,5-2 раза чувство горечи и диарея (запор), в то время как бледность кожных покровов сохранилась почти у всей группы.

Титры специфических антител в динамике сократились в 2 раза Акупунктурные показатели уменьшились (ухудшились) в среднем на 5 единиц.

**Таблица 3**

**Динамика основных клинических симптомов, иммунологических показателей и показателей активности органов ЖКТ и нервной системы, определяемой методом акупунктурной диагностики по Фоллю у больных с астеноневротической формой хронического лямблиоза**

Симптомы		Группы больных с астеноневротическим синдромом хронического течения лямблиоза					
		1-я группа Аппарат ДЭТА АП N=10		2-группа Аппарат ДЭТА АП + ДЭТА Ритм N=8		3-я группа медикаментозный комплекс N=20	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Бледность кожных покровов	До лечения	2	70	6	75	18	80
	После лечения	2	25	1	13	12	60
Утомляемость	До лечения	9	90	8	100	18	90
	После лечения	2	20	1	13	10	50
Головная боль	До лечения	5	50	4	50	12	60
	После лечения	1	10	0	0	8	40
Нарушение сна	До лечения	4	40	3	38	10	50
	После лечения	2	20	1	13	10	50

Раздражи- тельность	До лечения	3	30	4	50	10	50
	После лечения	2	25	1	13	8	20
ИФА высокий титр специфиче- ских а/т по IgG	До лечения	8	80	6	75	16	80
	После лечения	3	30	2	25	12	60
	Через 3 мес.	2	20	0	0	6	30
<b>ЭАПД по Фоллю (средние показатели)</b>							
SPED 3-dex	До лечения	12-25		13-27		13-28	
	После лечения	30-40		35-47		35-40	
IG -4 -dex	До лечения	10-25		12-27		12-28	
	После лечения	30-45		40-50		25-45	
IG -4 -sin	До лечения	25-30		20-30		25-40	
	После лечения	38-45		35-45		35-40	
ND -3 -dex	До лечения	20-30		20-30		20-30	
	После лечения	25-40		35-45		25-30	
ND -3 -sin	До лечения	20-30		20-30		20-30	
	После лечения	25-40		35-45		25-30	
ND -4 -dex	До лечения	15-25		15-25		20-25	
	После лечения	20-35		35-45		20-25	
ND -4 -sin	До лечения	15-25		15-25		15-25	
	После лечения	20-35		35-45		15-20	

#### Выводы:

**В 1-й группе** обследуемых значительно сократилась частота проявления головной боли (в 5 раз), в 4 раза уменьшилась утомляемость, в 3 раза – бледность кожных покровов, в 2 раза улучшился сон, в то время как у большинства сохранилась раздражительность.

Титры специфических антител в динамике сократились в 4 раза. Акупунктурные показатели увеличились на 15-20 единиц.

**Во 2-й группе** после проведенного лечения никто не жаловался на головную боль, более заметно исчезли утомляемость (в 8 раз) и проявления бледности кожных покровов (в 6 раз), раздражительность снизилась в 4 раза, нарушение сна – в 3 раза.

Титры специфических антител в динамике сократились в 5 раз и полностью «ушли» через 2-3 мес. Акупунктурные показатели увеличились на 25-30 единиц.

**В 3-й группе** все показатели сократились в 1,5-2 раза, однако почти у всех сохранилось нарушение сна.

Титры специфических антител в динамике сократились в 3 раза, но у 1/3 обследованных сохранялись по истечению 3-х месяцев.

Акупунктурные показатели увеличились на 5-10 единиц в сравнении с исходными данными.

**Переносимость.** Следует отметить хорошую переносимость аппаратом «ДЭТА», отсутствие общих и местных побочных реакций при лечении острой и хронической форм лямблиоза. Из субъективных ощущений при кишечной форме острого лямблиоза в 5 случаях (40%) наблюдалось непродолжительное чувство «жара» в эпигастриальной области, в 1/3 – появление или усиление боли в эпигастриальной области на период 10-15 минут при проведении первых 1-3 сеансов прибором ДЭТА АП.

Аппаратная терапия прибором ДЭТА АП и ДЭТА Ритм не оказывали негативного влияния на течение сопутствующей патологии, имевшейся у наблюдаемых пациентов.

#### Заключение

1. Аппарат ДЭТА (с программным обеспечением «АП») по своим функциональным и эксплуатационным качествам полностью отвечает требованиям медицинской практики в области лечения кишечной формы острого лямблиоза.

2. Аппарат ДЭТА (с программным обеспечением «АП») по своим функциональным и эксплуатационным качествам полностью отвечает требованиям медицинской практики в области лечения гепатобилиарной и формы хронического лямблиоза.

3. Аппарат ДЭТА (с программным обеспечением «АП») по своим функциональным и эксплуатационным качествам полностью отвечает требованиям медицинской практики в области лечения астеноневротической формы хронического лямблиоза.

4. Аппарат ДЭТА (с программным обеспечением «АП») с сочетанием с применением Аппарата ДЭТА Ритм (с программным обеспечением «Ритм») по своим функциональным и эксплуатационным качествам полностью отвечает требованиям медицинской практики в области лечения гепатобилиарной и формы хронического лямблиоза.

5. Аппарат ДЭТА (с программным обеспечением «АП») с сочетанием с применением Аппарата ДЭТА Ритм (с программным обеспечением «Ритм») по своим функциональным и эксплуатационным качествам полностью отвечает требованиям медицинской практики в области лечения астеноневротической формы хронического лямблиоза.

6. Показан высокий клинический эффект аппарата ДЭТА как в виде монотерапии, так и в комплексе с медикаментозной терапией по сравнению с традиционными методами лечения.

7. Показан высокий клинический эффект аппарата ДЭТА как в виде монотерапии, так и в комплексе с медикаментозной терапией по сравнению с традиционными методами лечения.

7. Показан более высокий клинический эффект при одновременном применении аппаратов ДЭТА АП и ДЭТА Ритм при гепатобилиарном

синдроме хронического лямблиоза в сравнении с применением аппарата ДЭТА АП в качестве монотерапии.

7. Показан более высокий клинический эффект при одновременном применении аппаратов ДЭТА АП и ДЭТА Ритм при астеноневротическом синдроме хронического лямблиоза в сравнении с применением аппарата ДЭТА АП в качестве монотерапии.

8. Противопоказаний к использованию аппаратов ДЭТА (ДЭТА АП и сочетание ДЭТА АП с ДЭТА Ритм) и у пациентов с острой и хронической формой лямблиоза не выявлено.

9. Возможно совместное использование аппаратов «ДЭТА» в стационарных, амбулаторных и домашних условиях.

#### Рекомендации

Исходя из изложенного, на основании клинических испытаний предлагаем дополнить региональный стандарт оснащения амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров, минимальные требования к которому определены Приказом МЗСР РФ №753 от 01.12. 2005 г. следующими позициями:

1. Кабинет врача семейной практики (приложения к Приказу МЗСР №№ 1-\_\_)

Аппарат терапии ДЭТА (с программным обеспечением «АП») и программным обеспечением «Ритм»;

2. Кабинет врача – гастроэнтеролога (приложения к Приказу МЗСР №№ 1-\_\_)

Аппарат терапии ДЭТА (с программным обеспечением «АП») и программным обеспечением «Ритм»;

3. Кабинет врача – педиатра (приложения к Приказу МЗСР №№ 1-\_\_)

Аппарат терапии ДЭТА (с программным обеспечением «АП») и программным обеспечением «Ритм»).

При этом, аппараты терапии ДЭТА (с программным обеспечением «АП») и программным обеспечением «Ритм» могут закупаться как за счет средств бюджета, так и за счет средств пациентов для индивидуального применения.

Указанная рекомендация будет легитимна на основании Приказа органа управления региональным здравоохранением и окажет положительное воздействие на улучшение медицинского обслуживания населения.

Ответственные исполнители: к.м.н. Школьная Ольга Николаевна

врач-иммунолог высшей категории Исхакова Антонина Фридриховна

Научный руководитель

д.м.н., профессор Терегулова Закия Сагадатовна



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по НИР, профессор  
А.А. ПАНОВ  
13 апреля 2010 г.

## Отчет об эффективности применения и переносимости аппарата ДЕТА

В Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Астраханская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» проведена клиническая апробация аппарата низкочастотной электромагнитной терапии «дета-ритм»

**Таблица 1**  
Характеристика больных, находившихся под наблюдением

Группа	Число	
	Абс.	Отн.
Основная группа	44	48%
Контрольная группа	47	52%

Целью исследований явилось изучение клинической эффективности и переносимости аппарата «дета-ритм» в комплексной терапии заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.

«Дета-ритм» получали 44 человека в возрасте от 17 до 53 лет (основная группа). Контрольную группу составили 47 человек аналогичного возраста, не получавшие его (таблица 1).

Распределение больных основной группы по нозологическим формам представлено следующим образом (таблица 2): Основная группа:

- Эрозивный гастродуоденит – 11 чел.,
- Язвенная болезнь желудка – 15 чел.,
- Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 18 чел.

Контрольная группа:

- Эрозивный гастродуоденит – 12 чел.,
- Язвенная болезнь желудка – 14 чел.,
- Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 21 чел.

**Таблица 2**  
Распределение больных основной и контрольной групп по нозологическим формам

Нозологическая форма	Число больных основной группы		Число больных контрольной группы	
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
Эрозивный гастродуоденит	11	25%	12	26%
Язвенная болезнь желудка	15	34%	14	30%
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	18	41%	21	44%

Все больные на момент поступления в клинику имели клинические симптомы: боли в области эпигастрия, связанные с приемом пищи (голодные, усиливающиеся после приема пищи), изжогу, тяжесть в эпигастрии (таблица 3). Кроме того, у больных отмечались функциональные расстройства со стороны системы пищеварения, такие как - запоры или неустойчивый стул, метеоризм, «урчание», снижение аппетита.

Все больные основной и контрольной групп ежедневно осматривались врачом.

Аппарат «дета-ритм» назначали больным основной группы, согласно инструкции по применению, 1 раз в день. Длительность курса составила – 3 недели. Кроме того, больные обеих групп

получали комплексную этиотропную и симптоматическую терапию.

Период адаптации протекал хорошо. Аллергических реакций не выявлено.

Анализ клинических характеристик показал, что у больных, получавших «дета- прибор», улучшение самочувствия и купирование симптомов нарушения функций желудочно-кишечного тракта происходило на 2-5 дней раньше, чем у пациентов контрольной группы (таблица 4, 5, 6).

Таким образом, применение аппарата «дета-ритм» к основной схеме лечения способствует более раннему купированию симптомов заболевания у 65 % больных.

**Таблица 3**  
Клинические симптомы

Нозологическая форма	Симптомы					
	Боли в области эпигастрия		Изжога		Тяжесть в области эпигастрия	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
Эрозивный гастродуоденит	7 (64 %)	6 (50 %)	6 (55 %)	6 (50 %)	9 (82 %)	10 (83%)
Язвенная болезнь желудка	12 (80%)	13 (93%)	6 (40 %)	5 (36 %)	14 (93%)	11 (79%)
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	15 (83%)	17 (81 %)	16 (88%)	19 (91%)	10 (56%)	12 (57%)

**Таблица 4**  
Динамика купирования клинических симптомов у больных эрозивным гастродуоденитом основной и контрольной групп (день терапии)

Симптомы	Основная группа (11 человек)	Контрольная группа (12 человек)
Боли в эпига области	3 день в 65 % случаев, 4-5 день в 35 % случаев.	4-5 день в 35 % случаев, 5-7 день в 65 % случаев.
Изжога	2-3 день в 65 % случаев, 3-5 день в 35 % случаев.	3-5 день в 35 % случаев, 5-7 день в 65 % случаев.
Тяжесть в области эпигастрия	3 день в 65 % случаев, 4-5 день в 35 % случаев.	4-5 день в 35 % случаев, 5-7 день в 65 % случаев.

Таблица 5

Динамика купирования клинических симптомов у больных язвенной болезнью желудка основной и контрольной групп (день терапии)

Симптомы	Основная группа (15 человек)	Контрольная группа (14 человек)
Боли в области	3-4 день в 65 % случаев, 4-5 день в 35 % случаев.	4-5 день в 35 % случаев, 6-7 день в 65 % случаев.
Изжога	3 день в 65 % случаев, 4-5 день в 35 % случаев.	4 день в 35 % случаев, 5-7 день в 65 % случаев.
Тяжесть в области эпигастрия	3-4 день в 65 % случаев, 4-5 день в 35 % случаев.	4-5 день в 35 % случаев, 6-7 день в 65 % случаев.

Таблица 6

Динамика купирования клинических симптомов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки основной и контрольной групп (день терапии)

Симптомы	Основная группа (18 человек)	Контрольная группа (21 человек)
Боли в области	3-4 день в 65 % случаев, 4-5 день в 35 % случаев.	6-7 день в 35 % случаев, 7-8 день в 65 % случаев.
Изжога	4 день в 65 % случаев, 5 день в 35 % случаев.	6-7 день в 35 % случаев, 8 день в 65 % случаев.
Тяжесть в области эпигастрия	3-4 день в 65 % случаев, 4-5 день в 35 % случаев.	6-7 день в 35 % случаев, 7-8 день в 65 % случаев.

«Дета-ритм» хорошо переносился больными, сочетался с другими лекарственными средствами симптоматической и этиотропной терапии.

Кроме того, положительное корректирующее влияние аппарата «Дета-ритм» на микробиоценоз кишечника приводило к нормализации

стула уменьшению диспепсических явлений (метеоризм, «урчание», расстройство аппетита) имевших место у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки вследствие проводимой этиотропной антибактериальной терапии.

Ответственный за исследование

Ассистент кафедры пропедевтики

внутренних болезней

ГОУ ВПО АГМА Росздрава

02.11.2009г.

Карталов И.И.

УТВЕРЖДАЮ :  
Начальник больницы  
ФГУ ИЗ 77/1 УФСИН  
России по г. Москва



МАЗУРОВ С.Н.

«26» сентября 2007 г.

## СПРАВКА

### о проведении методом ВРТ (вегетативный резонансный тест) скрининг-диагностики туберкулеза в среде спецконтингента ФГУ ИЗ-77/1 УФСИН России по г. Москве

#### Задачи исследования.

Определение пригодности метода ВРТ для массовой диагностики туберкулеза-скрининга.

#### Материалы и методы.

Исследования проведены с использованием аппарата «ДЕТА-Профессионал» разработка и производство ООО НПП «ЭЛИС» г. Москва.

Аппарат разрешен к использованию и производится на основании регистрационных удостоверений и лицензий Росздравнадзора.

В работе использованы методические рекомендации № 99/96 «Электропунктурный вегетативный резонансный тест» утвержденные Минздравом РФ от 07.04.2000г.

#### Результаты исследований.

В августе-сентябре 2007г. в учреждении ИЗ 77/1 г. Москва проведено исследование спецконтингента: диагностика туберкулеза методом ВРТ. Всего обследовано 100 человек в возрастном диапазоне от 18 до 59 лет. Результаты исследования полученные с применением ВРТ сопоставлялись с данными пленочной флюорографии.

а) истинно отрицательные результаты – 91% (совпадение отрицательных результатов по ВРТ и ФГ).

б) истинно положительные результаты – 2% (совпадение положительных результатов по ВРТ и ФГ).

Данные варианты соответствуют «правильной» диагностике наличия или отсутствия заболевания и составляют – 93%.

Ложно положительные – 7% (диагностика ВРТ).

Требуют дообследования лиц на наличие МБТ (микобактерий туберкулеза).

#### Выводы.

1. Метод ВРТ позволяет проводить скрининг диагностику туберкулеза.

2. Метод сочетает высокую чувствительность, специфичность и быстроту диагностики (в сроки 10-15 минут)

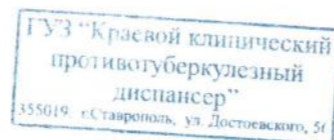
3. Экономические затраты на выполнение минимальны.

4. Комбинация данного метода с традиционными микробиологическими методами значительно повышает диагностические возможности практической фтизиатрии.

5. Метод может быть рекомендован в качестве основного при массовых обследованиях населения на туберкулез.

Исследования проводил врач фтизиатр Шешуков П.Ф.

# Отчет кафедры туберкулеза Ставропольской государственной медицинской академии по апробации «ДЕТА-АР»



(за июнь - декабрь 2010 года - 6 месяцев).

В краевом противотуберкулезном диспансере – на 525 коек, получают лечение больные с туберкулезом легких – дети, подростки и взрослые, туберкулез позвоночника, коленного и тазобедренного суставов, туберкулез глаз.

Всего за 2010 год пролечено 1159 больных с выше названными локализациями. 89 % больных с туберкулезом легких имели открытую форму туберкулеза, 82,5% – имели полости распада. У 48,9 % – была лекарственно

устойчивая форма. Интоксикационный синдром наблюдался у 78,5%, плохая переносимость препаратов – у 56,5% больных за счет токсических реакций и токсико - аллергических. У 86,9% – больных туберкулез сочетался с другими заболеваниями: 38,5 % – сахарный диабет, 29,6 % – заболевания желудка, 48,6% – заболевания печени, 72,5 % – ХОБЛ, чаще хронические бронхиты и т.д.

Режимы были установлены следующие:

1. Туберкулез человеческий:
  - Туберкулез – 3240;
  - Туберкулез базовая – 5640;
  - Туберкулинум позод. – 1200;
2. Для снятия интоксикации:
  - Лимфа и деток – 3960;
3. Лекарственно – устойчивые формы туберкулеза:
  - Туберкулез Klebsiella – 1200;
  - Туберкулез rod – 840;
  - Туберкулез rod E coli infections – 600;

## Приложение. Таблица

### Результат лечения туберкулеза легких

	Количество больных		Через 3 месяца лечения		Через 6 месяцев лечения		
	Абс.чис.	Из них		МБТ(-)	КВ(-)	МБТ(-)	КВ(-)
		МБТ(+)	КВ(+)				
Основная группа ХТ + ДЕТА-АР	13	13	13	7	7	13	13
		100%	100%	53,8%	53,8%	100%	100%
Контрольная группа ХТ	39	39	39	18	13	27	35
		100%	100%	46,1%	33,3%	71,5%	89,9%

4. Восстановление (после окончания лечения)
5. Бактериальная инфекция – базовая – 1560;
6. Лимфаденит – 1200;

Рентген – контроль проводился через 3-6 месяцев.

Пролечено больных с применением аппарата ДЕТА-АР 25 человек:

13 человек с поражением легких – инфильтративный туберкулез в/долевой локализации в фазе распада БК+;

4 человека – туберкулезный напилит БК+;

5 человек – туберкулез глаз;

3 человека – подростки – туберкулезный плеврит;

Медикаментозное лечение получали по I и II-B режимам. Улучшение отмечено было через 15-20 дней. По результатам лечения можно отметить хороший эффект раньше, чем у тех больных (контрольной группы) у которых данный аппарат не применялся.

Обращает на себя внимание хорошая переносимость как детьми, так и взрослыми всех режимов и программ, а также отсутствие побочных реакций при лечении аппаратом ДЕТА-АР.

### Заключение.

По предварительным результатам использование приборов электромагнитной терапии «ДЕТА-АР» повышает эффективность лечения при инфекционных заболеваниях, в частности – туберкулеза, возможно использование в стационарах, амбулаторных и домашних условиях.

## Протокол клинических испытаний

## эффективности лечения аппаратом ДЕТА

Главный врач МУЦ «ЦМТ»

Новиков Ю.О.

« 30 »

2010 г.



### Задачи исследования.

1. Определить клиническую эффективность применения аппарата Дэта при патологии щитовидной железы:

а) в качестве монотерапии.

б) в составе комплексного лечения, место проведения: МУП «Центр мануальной терапии» г. Уфа врач эндокринолог высшей категории Первушина Вера Юрьевна.

### Результаты исследований.

Исследование клинической эффективности действия прибора ДЭТа – ритм. Проводилось у 67 пациентов ( 67 женщин ) в возрасте от 24-79 лет (средний возраст +/- 54,6).

Диагноз устанавливался (54,6) клинически, с подтверждением УЗИ диагностики и гормонального исследования. В исследование включались пациенты, имеющие большой объем щитовидной железы от 36,8 до 82,6 см<sup>3</sup>, пожилой возраст >70 лет, наличие узлов >2-3 см, наличие тяжелой сердечно-сосудистой патологии, невозможность проведения оперативного вмешательства.

После проведения программы щитовидная железа длительностью 10 минут в течение 6 дней отличалось у 8 пациентов с диагнозом смешанный зоб, увеличение общего объема щитовидной железы, в одних случаях на 2,1 мм, в других на 5,3 мм, но регистрировалось перераспределение в размерах по долям и уменьшение размеров узлов, с размягчением внутренней структуры, ушли кисты размером 17,0\*6 мм, образование без капсулы, размером 10\*6; 9\*6 мм, просматриваются лишь по 2 и 5 мм.

При более длительном наблюдении за пациентами с узловым зобом, после проведения 6 курсов терапии прибором отмечалось медленная динамика. Уходили мелкие узелки, кисты, улучшалась структура, менялась эхогенность, но размеры старых узлов особо не йенялись. Но наметилась стабилизация – прекращение роста.

С целью достижения лучшего эффекта программа была усложнена – введены частоты на воздействие гипофиза, нормализацию обмена веществ, сеанс удлинен до 40 минут. Лечение старались проводить регулярно.

Удалось достичь наконец не только уменьшения общего объема щитовидной железы, но и размеров узла.

Общий объем 36,4 см<sup>3</sup> (был 40,4), узел 31,0\*38,9\*46,1 мм (был 47,4\*30,1\*43,6).

У больных с болезнью Грейвса на фоне проведения программы щитовидная железа гиперфункция в течение 40 минут на 3 сеанса достигнут эутиреоз (пульс со 102 уменьшился до 76 ударов в минуту, а размеры самой железы сократились почти в 2 раза).

Хорошо показала себя эта программа у больных с аутоиммунным тиреоидитом ( зоб IV ст), гиперфункция.

Пульс со 123 достиг 72 ударов через 4 сенса размеры железы уменьшились с 96 см<sup>3</sup> до 67,5 см<sup>3</sup>. Гормоны щитовидной железы: ТТГ – 0,01; Т4 свободный – 30,0; а/т к МСФ (+), стали ТТГ – 0,2; Т4 свободный – 11,0, а/т к МСФ (+). Лечение проводилось в сочетании с тиреостатиками (мирказолил 5 мг, в суточной дозе 30 мг с постепенным снижением и подключением эутирокса в дозе 25 мг), что еще раз подтверждает эффективность комбинированной терапии.

Пациенты, имеющие кисты в железе, мелкие уходят после 1 курса, крупные меняют структуру, утолщается стенка, содержимое становится более гомогенным, густым.

### Заключение.

- Хорошо зарекомендовала себя программа щитовидная железа гиперфункция в течение 40 минут – быстро достигается эутиреоз и хорошо сокращается в размерах железа, становится мягче, эластичнее.

- Отмечается более высокая эффективность при комбинированном лечении.

- Короткие программы 10 минутные возможны для профилактических курсов с целью улучшения структуры в йоддефицитных районах.

- Подойдут для лечения кормящих женщин, кому проотивопоказан прием тиреоидных гормонов.

- Желателен ежедневный прием сеансов, что возможно при приобретении прибора для индивидуального пользования.

Эндокринолог

Первушина В.Ю.

27/12/10 Зав. кафедрой туберкулеза и легочных заболеваний М.С. Нелин

## Протокол клинических испытаний

# эффективности лечения аппаратом ДЭТА



«Утверждаю»  
Главный врач МУ поликлиники №52  
Кировского района ГО г. Уфа  
Исмагилова Р.М.

5 апреля 2010 г.

Город Уфа, Республика Башкортостан.

**Основание для проведения исследований:** Договор о проведении пострегистрационной клинической апробации от 28 марта 2009 г.

**Период исследований:** с 04 мая 2009 г. по 31 марта 2010 года.

**Цель исследований:** Оценить возможности применения аппарата ДЭТА производства ООО НПП «ЭЛИС» в медицинской практике на территории Российской Федерации.

**Вид исследования:** открытое, нерандомизированное, сравнительное.

Задачи исследования:

1. Определить клиническую эффективность применения аппарата ДЭТА в качестве монотерапии.
2. Исследовать клиническую эффективность применения аппарата ДЭТА в составе комплексного лечения.
3. Оценить безопасность применения аппарата ДЭТА.

**Место и время проведения исследований:** МУ поликлиника № 52 г. Уфы.

**Для проведения исследований представлены:**

1. Аппарат ДЭТА производства ООО «НПП «ЭЛИС» (Москва) в количестве 2 шт.; Программное обеспечение аппарата предусматривает антипаразитарное и терапевтическое лечение.
2. Аппарат ДЭТА разрешен к применению в медицинской практике.
3. Руководство по эксплуатации аппарата ДЭТА.
4. Методические рекомендации. Методика диагностики и лечения охраняется патентом №2000114578 от 20.03.2003 г., на законных основаниях используемых ООО «НПП «ЭЛИС».

Обследование и лечение проводилось на основе добровольного информированного согласия больного на основании Приказа № 163

(ОСТ 91500.14.0001 – 2002) МЗ Российской Федерации. Проведение исследований согласовано с Этическим комитетом.

**Результаты исследований:**

Исследования клинической эффективности проводилось у 293 пациентов (76 мужчин и 217 женщин), в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст 52 года). Диагноз устанавливался клинически с подтверждением данными микробиологическими исследованиями.

**Методика лечения.** Перед процедурой лечения проводилась подготовка аппарата «ДЭТА» к работе в соответствие с указаниями руководства по эксплуатации устройства. Включение и выключение аппарата осуществлялось в соответствии с указаниями данного руководства. При проведении сеанса аппарат располагался непосредственно на пациенте в проекции больного органа. Длительность процедуры от 1,5 ч. до 2,5 ч., кратность 1 сеанс в день, курс от 10 до 30 дней, в зависимости от патологии.

**Оценка лечебной эффективности** проводилась путем ежедневных клинических осмотров, включающих оценку общего состояния, оценки боли по визуальной аналоговой шкале, состояния глазного дна, полей зрения, измерением ВГД, АД. Из лабораторных исследований – осуществлялись исследования показателей периферической крови, анализы мочи, биохимические исследования и по субъективным ощущениям пациентов до и после лечения, тестированием по методу Вегетативного резонансного теста.

**Переносимость.** Следует отметить хорошую переносимость аппаратом «ДЭТА», отсутствие общих и местных побочных реакций при лечении у большинства больных. Терапия не оказывала негативного влияния на течение сопутствующей патологии, имевшейся у наблюдаемых пациентов. При тяжелой патологии, гнойной инфекции проводилась комбинированная терапия.

## Клиническая эффективность лечения медицинскими приборами электромагнитной терапии «ДЭТА»

Нозология	Основная группа с использованием ДЭТА		Контрольная группа Медикаментозное лечение			
	N	Средняя продолжительность лечения	Клиническая эффективность %	N	Средняя продолжительность лечения	Клиническая эффективность %
<b>Заболевания суставов</b>	<b>53</b>					
1. Реактивный артрит	22	21	70	24	21	50
2. Ревматоидный артрит	8	21	66	25	21	40
3. Деформирующий остеоартроз	23	14	60	25	14	53
<b>Заболевания ССС</b>	<b>22</b>					
1. ГБ	8	14	75	12	14	50
2. Атеросклероз сосудов н/к	6	14	67	8	21	54
3. Варикозное расширение вен н/к	8	14	63	10	21	56
<b>Заболевания ЖКТ</b>	<b>22</b>					
1. Панкреатит	10	10	80	10	21	74
2. Холецистит	5	14	80	6	14	78
3. Язвенная болезнь 12 п.к.	7	21	75	10	21	63
<b>Заболевания глаз</b>	<b>27</b>					
1. Миопия	7	21	43	12	21	33
2. Глаукома	10	21	66	10	21	45
3. Дистрофия сетчатки	5	21	60	5	21	20
4. Иридоциклит	5	14	60	5	21	40
<b>Заболевания НС</b>	<b>16</b>					
1. ДЭП	7	21	80	10	21	60
2. Остеохондроз	9	14	89	10	14	70
<b>Хирургические заболевания</b>	<b>51</b>					
1. Гнойные инфекции	40	8	90	45	14	78
2. Трофические язвы	7	21	57	10	21	50
3. Ангиопатия при СД	4	21	50	6	21	33
<b>Инфекционные заболевания</b>	<b>102</b>					
<b>Вирусные</b>						
1. Герпес	7	15	100	8	15	38
2. Вирус Коксаки	1	21	100	2	21	0
3. Эпштейн-Барра	12	21	100	14	21	0
<b>Бактериальные</b>						
1. Микоплазма	7	21	100	10	21	30
2. Стрептококки	8	21	100	10	21	60
3. Стафилококки	6	14	100	8	14	62
4. Клебсиелла пневм	2	21	100	4	14	30
5. Хламидии	5	21	100	6	21	33

6. Хеликобактер пилори	14	30	100	15	21	34
7. Кандиды	12	35	100	10	21	0
<b>Паразитарные</b>						
1. Лямблии	9	10	100	10	14	50
2. Аскариды	6	5	100	5	5	80
3. Острицы	10	3	100	10	3	90
4. Описторхоз	2	7	100	1	14	100
5. Токсоплазмоз	1	35	100	0	-	-

#### Выводы:

• По результатам исследований приборов серии ДЭТА отмечено, что клиническая эффективность значительно выше в основной группе по сравнению с контрольной группой.

• Замечено по результатам вегетативного резонансного теста, для элиминации вирусов Энштейн-Барра, герпеса, микоплазм, хламидий, хронической стрептококковой инфекции потребовалось 3 недели, для лечения токсоплазмоза, кандидоза, хеликобактера пилори не менее 30-35 сеансов. При инфекционных заболеваниях в острый период, гнойных процессах необходимо использовать соответствующую программу ДЭТА-АР несколько раз в день (до 5 раз в сут.)

• При использовании в хирургии для лечения гнойных процессов в большинстве случаев разрешение происходило на 3-4 сут., образование грануляций на 6-8 сут. в зависимости от распространенности и запущенности процесса. Лечение проводилось комбинированное. В контрольной группе без применения ДЭТА-АР разрешение гнойного процесса на 6-8 сут., образование грануляций на 10-12 сут., т.е. сроки лечения сократились в 2 раза на фоне применения прибора.

• Отмечается низкий процент улучшения при трофических язвах, ангиопатии на фоне тяжелой сопутствующей патологии, которая требует длительного и комплексного лечения.

• Составлялись программы по лечению атеросклероза с использованием частот на улучшение микроциркуляции, оксигенации, снижению холестерина. Для лечения язвенной болезни 12 п/к применялись готовый комплекс «Язвенная болезнь» и Хеликобактер пилори, при заболевании глаз составлялись программы для лечения глаукомы, использовался и готовый комплекс.

• Для лечения любой хронической патологии необходимо проводить лечение, направленное

на стимуляцию работы желудочно-кишечного тракта, печени, желчного пузыря, почек, лимфодренажа, кровообращения. Хорошо себя зарекомендовали такие программы как: Активная защита, глубокая очистка, регуляция кровообращения и другие стандартные программы.

#### Заключение:

1. По результатам исследования медицинские приборы электромагнитной терапии «ДЭТА» показали высокую эффективность при инфекционных заболеваниях, хорошую при хронических воспалительных, удовлетворительную при дегенеративных заболеваниях, требующих более длительного и комплексного лечения.

2. Противопоказаний к использованию приборов серии ДЭТА не выявлено.

3. Возможно использование аппарата «ДЭТА» в стационарных, амбулаторных и домашних условиях.

4. Применять с успехом медицинский прибор «DETA AP» и «DETA-RITM» можно при любом заболевании, не требующим срочного оперативного вмешательства, при условии правильно поставленного диагноза.

#### Рекомендации:

1. Нежелательно прикладывание прибора в области головы, т.к. часто возникает головная боль и колебания АД.

2. Для лечения хронической патологии требуется не менее 25-30 сеансов и более в зависимости от тяжести, распространенности процесса.

3. Для повышения эффективности терапии необходимо комплексное использование программ для активации систем выделения – печени, почек, лимфодренажа, регуляции иммунной, эндокринной, сердечно-сосудистой, нервной систем.

4. Для гарантированного лечебного эффекта необходимо проконсультироваться с врачом.

Исполнители:

Врач- терапевт, ревматолог

Врач - хирург

Врач- офтальмолог

Главный врач



Васильева А.И.

Колесникова И.В.

Гумерова Е.И.

Исмагилова Р.М.



«Утверждаю»  
Главный врач МУ поликлиники №52  
Кировского района ГО г.Уфа  
Исмагилова Р.М.

## Протокол клинических испытаний

## эффективности лечения аппаратом ДЭТА

Город Уфа, Республика Башкортостан

#### Основание для проведения исследований:

Договор о проведении пострегистрационной клинической апробации от 28 марта 2009 г.

**Период исследований:** с 01 октября по 31 декабря 2009 года.

**Цель исследований:** Оценить возможности применения аппарата ДЭТА производства

ОООНПП «ЭЛИС» в медицинской практике на территории Российской Федерации.

**Вид исследования:** открытое, нерандомизированное, сравнительное.

#### Задачи исследования:

1. Определить клиническую эффективность применения аппарата ДЭТА в качестве монотерапии.

2. Исследовать клиническую эффективность применения аппарата ДЭТА в составе комплексного лечения.

3. Оценить безопасность применения аппарата ДЭТА.

**Место и время проведения исследований:** МУ поликлиника № 52 г. Уфы

#### Для проведения исследований представлены:

1. Аппарат ДЭТА производства ООО «НПО «ЭЛИС» (Москва) в количестве \_2\_ шт; Программное обеспечение аппарата предусматривает антипаразитарное и терапевтическое лечение.

2. Аппарат ДЭТА разрешен к применению в медицинской практике.

3. Руководство по эксплуатации аппарата ДЭТА.

4. Методические рекомендации. Методика диагностики и лечения в.т. охраняется патентом №2000114578 от 20.03.2003 г., на законных основаниях используемых ООО «НПО «ЭЛИС».

#### Результаты исследований:

Исследования клинической эффективности проводилось у 73 пациентов ( 24 мужчин и 51

женщина), в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст 52 года). Диагноз устанавливался клинически с подтверждением данными микробиологическими исследованиями.

**Методика лечения.** Перед процедурой лечения проводилась подготовка аппарата «ДЭТА» к работе в соответствии с указаниями руководства по эксплуатации устройства. Включение и выключение аппарата осуществлялось в соответствии с указаниями данного руководства. При проведении сеанса аппарат располагался непосредственно на пациенте в проекции больного органа. Длительность процедуры от 1,5 ч. до 2,5 ч., кратность 1 сеанс в день, курс от 15 до 30 дней.

**Оценка лечебной эффективности** проводилась путем ежедневных клинических осмотров, включающих оценку общего состояния, оценка боли по визуальной аналоговой шкале, из лабораторных исследований – осуществлялись исследования показателей периферической крови, анализы мочи, биохимические исследования и по субъективным ощущениям пациентов до и после лечения, тестированием по методу Вегетативного резонансного теста.

Проведено лечение со следующими патологиями:

#### I Хирургия

• Атеросклероз сосудов нижних конечностей (синдром Лериша) – 6 чел.

• Варикозная болезнь вен н/к – 8 чел.

• Ангиопатия при сахарном диабете – 4 чел.

• Трофические язвы – 7 чел.

• Синдром Рейно – 2 чел.

• Язвенная болезнь 12 п/к – 4 чел.

#### II Инфекционные болезни

• Токсоплазмоз – 1 чел.

• Вирус Эпштейн-Барра – 9 чел.

• Микоплазмоз – 7 чел.

• Вирус Коксаки тип В – 1 чел.

• Кандидоз кишечника – 12 чел.

- Хеликобактер пилори – 8 чел.
  - Реактивные артриты на фоне стрептококковой инфекции – 4.
- Итого 73 пациента.

Клиническая эффективность лечения медицинскими приборами электромагнитной терапии «ДЭТА».

#### Клиническая эффективность лечения медицинскими приборами электромагнитной терапии «ДЭТА»

Нозология	№ больных	улучшение	%	Без динамики	%
синдром Лериша	6	4	67	2	33
Варикозная болезнь	8	5	63	3	38
Ангиопатия	4	2	50	2	50
Трофические язвы	7	3	43	4	57
Синдром Рейно	2	2	100	-	-
Язвенная болезнь 12 п/к	4	3	75	1	25
Токсоплазмоз	1	1	100	-	-
Вирус Эпштейн-Барра	9	9	100	-	-
Микоплазмоз	7	7	100	-	-
Вирус Коксаки	1	1	100	-	-
Кандидоз	12	12	100	-	-
Хеликобактер	8	8	100	-	-
стрептококковая инфекция	4	4	100	-	-

Замечено по результатам вегетативного резонансного теста, для элиминации вирусов Эпштейн-Барра, микоплазм, хронической стрептококковой инфекции потребовалось 3 недели, для лечения токсоплазмоза, кандидоза, хеликобактера пилори не менее 30-35 сеансов.

Отмечается низкий процент улучшения при трофических язвах на фоне тяжелой сопутствующей патологии, которая требует длительного и комплексного лечения.

Составлялись программы по лечению атеросклероза с использованием частот на улучшение микроциркуляции, оксигенации, снижению холестерина. Для лечения язвенной болезни 12 п/к применялись готовый комплекс «Язвенная болезнь» и Хеликобактер пилори.

**Переносимость.** Следует отметить хорошую переносимость аппаратом «ДЭТА», отсутствие общих и местных побочных реакций при лечении у большинства больных. Терапия не оказывала негативного влияния на течение сопутствующей патологии, имевшейся у наблюдаемых пациентов.

#### Исполнители :

Врач-терапевт, ревматолог  
Врач-хирург  
Главный врач

Васильева А.И.  
Бикметова И.Ф.  
Исмаилова Р.М.

#### Заключение.

1. По предварительным результатам использования медицинских приборов электромагнитной терапии «ДЭТА» показало высокую эффективность при инфекционных заболеваниях, хорошую при хронических воспалительных, удовлетворительную при дегенеративных заболеваниях, требующих более длительное и комплексное лечение.

2. Противопоказаний к использованию приборов серии ДЭТА не выявлено.

3. Возможно использование аппарата «ДЭТА» в стационарных, амбулаторных и домашних условиях.

#### Рекомендации.

1. Нежелательно прикладывание прибора в области головы, т.к. часто возникает головная боль и колебания АД.

2. Для лечения хронической патологии требуется не менее 25-30 сеансов и более в зависимости от тяжести, распространенности процесса.

## Протокол Клинических испытаний медицинских приборов электромагнитной терапии DETA (г. Воронеж)

«УТВЕРЖДАЮ»  
ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ  
ФИЗИОТЕРАПИИ  
ФУВ ВГМА им. Н. Н. БУРДЕНКО  
д. м. н., профессор  
В. А. БОРИСОВ  
« 22/04/2005 г. »

С 12 апреля 1997 года по настоящее время в андрологическом кабинете проводится работа по использованию в лечении заболеваний мочеполовых органов мужчин трёх моделей медицинских приборов электромагнитной терапии «ДЭТА» - «DETA-UDT», «ДЭТА-7», «ДЭТА-8». Аппараты предназначены для воздействия на организм человека слабым электромагнитным полем с несущей частотой 10 кГц и терапевтическими импульсами в диапазоне частот от 0.1 до 100 Гц. В аппаратах применен микропроцессор, который в зависимости от заданной программы формирует сигналы в виде набора частот. Вре-

мя работы прибора на каждой частоте и набор частот по каждой патологии задавался согласно методическим рекомендациям, предоставленным научно-производственным предприятием «ЭЛИС». Нами разработаны частные методики для лечения ряда урологических заболеваний. Перед назначением лечения пациенты проходят обследование. На метод обследования получен патент № 2000114578 выданный 20 марта 2003 г. «Способ комплексной диагностики заболеваний органов мочеполовой системы мужчин». Лечение больных проводилось амбулаторно в кабинете, на дому и комбинированно.

#### Клиническая эффективность лечения медицинскими приборами электромагнитной терапии «ДЭТА»

Наименование заболевания	Общее число больных	Результаты лечения			
		Выздоровление		Без изменения	
		Число больных	%	Число больных	%
Хронический простатит	4800	4792	99,8	8	0,2
ДГПЖ	520	515	99,0	5	1,0
Хронический цистит	38	38	100	0	0
Острый уретрит	92	92	100	0	0
Хронический пиелонефрит	456	456	100	0	0
Камни почек	52	50	96,1	2	3,9
Киста почки	12	12	100	0	0
Олигозооспермия	15	15	100	0	0
Почечная колика	3	3	100	0	0
Оксалат-, фосфат-, уратурия	235	235	100	0	0
Эректильная дисфункция	37	37	100	0	0

Все больные хорошо переносят процедуры, побочных явлений и осложнений не наблюдалось. Только один больной не перенёс лечение аппаратом «ДЭТА». Но он также не переносил никакого другого физиотерапевтического лечения.

Количество процедур от 1 до 60. Огромный арсенал частот позволяет врачу создавать индивидуальные программы лечения в зависимости от сочетания болезней и проводить их одно-

временно, а наличие у пациентов портативных аппаратов, проводить лечение дома, во время работы.

Заключение: медицинские приборы электромагнитной терапии «ДЭТА»

рекомендуем применять для лечения десятков миллионов больных мужчин, что позволит им в короткие сроки избавиться от неприятных болезней, без оперативного вмешательства, затрачивая на это небольшие денежные средства.

Врач-уролог



*Черных Виктор Иванович*

Черных Виктор Иванович





ОТКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО  
«РОССИЙСКИЕ ЖЕЛЕЗНЫЕ ДОРОГИ»  
(ОАО «РЖД»)

## НУЗ «Дорожная поликлиника на станции Воронеж-1 ОАО «РЖД»

Революции пр., 2, Воронеж, 394000  
Тел./ факс 65-33-53

ОГРН 1043600063671  
ИНН/КПП 3666115730/366601001

№ \_\_\_\_\_

## Выписка из протокола клинических испытаний

## медицинского прибора электромагнитной терапии ДЕТА

1. Для проведения клинических испытаний в Дорожной поликлинике г. Воронежа были представлены две модели медицинского прибора электромагнитной терапии «ДЭТА», «ДЭТА-7» – семь программ лечения. Аппараты формируют импульсы электромагнитного поля по заданной врачом программе. Диапазон частот работы прибора от 0.1 Гц до 100 Гц. Шаг перестройки частоты 0.01 Гц. Медицинский прибор «ДЭТА» достаточно удобен и прост в эксплуатации. Имеет небольшой вес и габаритные размеры. Источник питания – «ДЭТА-7» – батарея напряжения 9V – обеспечивает работу аппарата в течение 15 часов (примерно 20: 25 лечебных сеансов).

2. Медицинские испытания эффективности лечения аппаратом проведены у

161 больных с различной патологией и степенью выраженности болевого синдрома.

**Медицинский прибор электромагнитной терапии «ДЭТА» использовался:**

- с целью купирования острого приступа бронхоспазма – 25 больных;
- при остром уретрите – 18 больных;
- при обострении хронического простатита – 30 больных;
- При почечно-каменной болезни – 4 больных;
- Доброкачественная гиперплазия (аденома) простаты – 7 больных;
- При варикозной болезни нижних конечностей (стадия обострения) – 14 пациента;
- При аллергическом дерматите – 12 больных;
- Фиброаденома матки – 5 пациентов.

### Выводы.

Изучение лечебного эффекта при использовании приборов (в т.ч. результатов лабораторных анализов, УЗИ-диагностики), показывает, что применение аппарата вызывает в организме неспецифические и специфические реакции.

### НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ:

- улучшение микроциркуляции;
- спазмолитический эффект (расслабление гладких мышц); обезболивание;
- улучшение показателей артериального и венозного давления; улучшение функции ЦНС, ВИС, эндокринной и сердечно-сосудистой систем;
- повышение иммунологической реактивности организма и резистентности к инфекционным агентам;
- улучшение углеводного обмена, снижение уровня мочевой кислоты.

Включение аппаратного воздействия в комплекс лечебных мероприятий способствует следующему:

- более раннему и в большинстве случаев исчезновению клинических проявлений заболевания;
- нормализации результатов клинико-лабораторных исследований; улучшению или нормализации иммунологических показателей.

### Применение аппарата в лечении позволяет:

- значительно уменьшить объем лекарственной терапии;

- почти полностью отказаться от обезболивающих, спазмолитических и
- общерегулирующих средств;
- сократить количество курсов медикаментозного лечения; отказаться полностью от применения медикаментов у ряда больных и сделать применение аппарата основным методом лечения; снизить аллергизацию больных, повысить иммунозащитные силы организма;
- ускорить процесс выздоровления или наступление ремиссии, таким образом сократить сроки лечения.

### Заключение.

Портативность и простота применения медицинского прибора электромагнитной терапии «ДЭТА» позволяет использовать в клиниках, санаторно-курортных и поликлинических условиях.

Важной особенностью следует считать возможность использования аппарата в домашних и походных условиях. Отказа в работе аппарата не наблюдалось.



## Результаты клинических испытаний

## МЕДИЦИНСКИХ приборов электромагнитной терапии ДЭТА

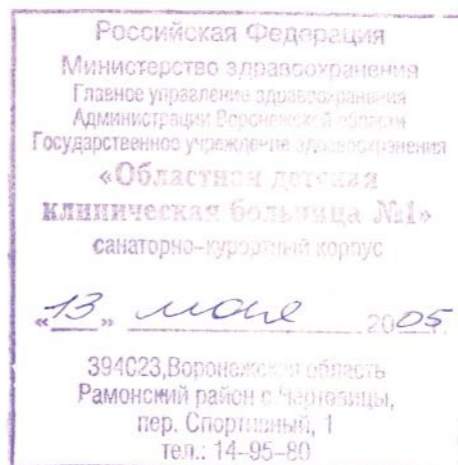
С марта 2003 года по апрель 2005 года в физиотерапевтическом отделении Чертовичского детского санатория ОДКБ № 1 проводилась работа по апробации медицинских приборов электромагнитной полевой терапии: «ДЭТА-8», «ДЭТА-7», «ДЭТА-УДТ».

Аппараты предназначены для воздействия на организм человека слабым электромагнитным полем с несущей частотой 10 КГц и терапевтическими импульсами в диапазоне частот от 0,1 до 100 Гц. Время работы прибора на каждой частоте и набор частот по каждой патологии задавался согласно методическим рекомендациям.

Оценка эффективности проводимого лечения основывалась на общепринятых клинико-диагностических показателях и по субъективным ощущениям пациентов, осмотра их специалистами до и после проведенных курсов лечения и взятия соответствующих анализов и проведения проб.

### Лечения проведено 341 больному в возрасте от 7 до 15 лет:

- с патологией зрения (близорукость, дальнозоркость, астигматизм) – 166 пациентов;
- с патологией желудочно-кишечного тракта (хронический гастроуденит, хронический колит, дискинезия желчевыводящих путей) – 18 пациентов;
- с расстройствами вегетативной нервной системы (синдромы вегетативной дисрегуляции: с гипотонией, симпатикотонией, смешанный) – 130 пациентов;
- с патологией опорно-двигательного аппарата (остеохондроз позвоночника, сколиоз) – 18 пациентов;



Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

### ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

101953, г. Москва, Петроверигский пер., 10

№ \_\_\_\_\_  
на № \_\_\_\_\_

Утверждаю



С.С. Владимиров

1998 г.

## ПРОТОКОЛ № 7 от 5 декабря 1997 г.

### МЕДИЦИНСКИХ ИСПЫТАНИЙ ОПЫТНОГО ОБРАЗЦА МЕДИЦИНСКОГО ПРИБОРА ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ, МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ И ЭЛЕКТРОАКУПНКТУРНОЙ ТЕРАПИИ ПО МЕТОДУ Р.Фолля «ДЭТА», представленного Научно- производственным предприятием «ЭЛИС»

**1. Государственный научно-исследовательский Центр Профилактической медицины** в период с 14 сентября по 1 декабря 1997 года на базе отдела функциональных методов обследования провел медицинские испытания аппарата для экспресс – диагностики, медикаментозного тестирования и электроakupнктурной терапии по методу Р.Фолля «ДЭТА» изготовленного Научно-производственного предприятия «ЭЛИС».

Целью испытаний явилось изучение технико-эксплуатационных характеристик прибора, оценка возможностей использования прибора в медицинских учреждениях Российской Федерации.

### 2. Для проведения испытаний были представлены:

- а) медицинский прибор «ДЭТА»,
  - гильзы ручных электродов (2 шт.),
  - шуп диагностический универсальный,
  - ячейка сотовая для размещения ампул,
  - подставка кювета,
  - комплект проводов
  - дополнительный активный электрод с комплектом наконечников.
- б) комплект технической документации на прибор.
  - паспорт ЭИ04.001.996.009 ПС (проект),
  - технические условия ТУ 9441-001-27970873-94

### 3. Краткая техническая характеристика испытуемого прибора и его назначение.

Размеры прибора 190x110x10мм. Вес 0,5 кг. Электропитание от встроенного в прибор источника постоянного тока или внешнего источника питания. На панели прибора расположены индикаторы режимов, ручки регулировок и переключатели режимов работы.

### 4. Медицинские испытания»

Диагностический прибор «ДЭТА» предназначен для проведения диагностики по методу Р.Фолля. индивидуального подбора лекарственных препаратов, терапии релаксационными колебаниями низкой частоты, а также для энергоинформационного переноса лекарственных свойств различных препаратов (гомеопатических, нозодов органопрепаратов токсинов) на различные носители.

Метод электроakupнктурной диагностики основан на взаимосвязях биологически активных точек лежащих на поверхности тела с внутренними органами и системами организма, в связи с чем величина электрического потенциала этих точек является индикатором состояния внутренних органов и систем.

Настоящий прибор электроakupнктурной диагностики «ДЭТА» апробирован на базе отдела функциональных методов обследования Центра профилактической медицины. Методика ис-

ЗАВЕДУЮЩАЯ ЛДО

ЗАМ. ГЛАВВРАЧА ОДКБ № 1  
ПО САНАТОРИЮ



Т.В. ГОЛУБКОВА

Т.В. ГОЛУБКОВА

А.Д. ДЕЙНЕКА



- Стрептококк гноеродный,
- Лимфа и детокс.

Продолжительность лечения составила 10 дней, кратность применения программ 2 раза в день. Результат лечения выразился в уменьшении местной воспалительной реакции мягких тканей глаза, изменении характера выделений из глаз с последующим их прекращением. Результат лечения расценен как положительный.

**2.** Симптомы постоянного мягкого стула, не прекращающегося после противомикробной терапии. Помимо диетотерапии, пробиотиков использовался «Дэта-АР» по следующим программам:

- Лимфа и детокс,
- Криптоспоридия,
- Лейшманиоз,
- Лямблия интестиналис.

Продолжительность лечения 7 дней, кратность 1 раз\день. Отмечена нормализация стула на 4-5 день лечения. Прекращение явлений дисбиоза кишечника. Полное излечение.

**3.** Абсцессы защечного мешка у хомяков. После хирургического вмешательства применялся аппарат по программам:

- Бактериальные инфекции базовая,
- Стафилококо-стрептококковая инфекция,
- Лимфа и детокс.

Продолжительность лечения 3-5 дней, кратность 1 раз\сутки. Полное заживление мягких тканей. Аппетит восстановился на 3-й день лечения.

**4.** Диагноз острый цистит. Совместно с симптоматической терапией, применялся аппарат по программам:

- Антисептик общий,
- Лимфа и детокс,

- Стафилококк золотистый лекарственно устойчивый,

- Стафилококо-стрептококковая инфекция. Продолжительность лечения 7 дней, кратность применения 2 раза в день. При применении аппарата отмечено более быстрое снятие болевого синдрома, улучшение общего состояния пациента по сравнению со стандартной схемой лечения.

**5.** Диагноз эндометриоз. Применение аппарата по программам:

- Эндометрит,
- Яичники,
- Стафилококо-стрептококковая инфекция,
- Лимфа и детокс,
- Маточных труб катаральное воспаление.

Продолжительность лечения 10 дней, кратность 1 раз в день. В первые 3 дня лечения отмечено усиление объема слизисто-гнойных выделений из матки (очищение полости матки), после недели лечения установлены положительные сдвиги в поведении животных (появление аппетита, повышение двигательной активности, нормализация температуры тела). Под контролем УЗИ установлено сокращение размеров матки, очищение полости маточных труб. Результат лечения расценен как положительный. Рецидивов заболевания не наблюдалось.

**6.** Диагноз мочекаменная болезнь кошек. Помимо общепринятого лечения, применялся аппарат по программам:

- Мочевой пузырь,
- Мочевой пузырь слабость сфинктера,
- Лимфа и детокс,
- Почечные колики,
- Почечно-каменная болезнь,
- Бактериальные инфекции базовая.

Продолжительность 14 дней 2-3 раза в день. По окончании лечения установлены следующие положительные сдвиги в состоянии животных: нормализация процесса мочеиспускания, изменение физических характеристик мочи (отсутствие крови, уменьшение осадка солей). Что подтвердилось лабораторным исследованием осадка мочи. Результат лечения может расцениваться как положительный.

**7.** Конъюнктивит у морских свинок лечился с использованием антисептических наружных средств, а также аппарата по программам:

- Простейшие,
- Стафилококо-стрептококковая инфекция,
- Лимфа и детокс,
- Бактериальная инфекция базовая.

Продолжительность 5 дней, 1 раз в день. На третий день лечения отмечено прекращение выделений из глаз, исчезновение нервозности животного, улучшение общего состояния пациента.

**8.** Диагноз энтерит.

Совместно с симптоматической терапией применялся аппарат по программам:

- Лимфа и детокс,
- Криптоспоридия,
- Лейшманиоз,
- Колит спастический,
- Кишечник нарушение слизистой,
- Кишечник воспаление.

Продолжительность лечения 4-5 дней, кратность 2 раза в день. На 3-й день лечения наблюдалась нормализация процесса пищеварения,

появление аппетита, отсутствие симптомов вздутия, болезненности желудочно-кишечного тракта. Результат лечения расценен как положительный.

**9.** Диагноз эндометрит хронический у старых животных. Проводилась овариогистерэктомия. В послеоперационный период использовался аппарат по следующим программам:

- Лимфа и детокс,
- Бактериальная инфекция общая,
- Стафилококо-стрептококковая инфекция.

Отмечено быстрое восстановление после операции по сравнению со стандартной схемой лечения без применения аппарата «Дэта-АР». Продолжительность лечения 8 дней, кратность 1 раз\день.

**10.** Диагноз гематома ушной раковины, вызванной паразитарной инфекцией (отодектоз). Применение аппарата по программам:

- Лимфа и детокс,
- Дренаж,
- Часотка,
- Фолликулярный клещ.

Продолжительность лечения 10 дней, кратность 2 раза в день. Отмечена высокая эффективность применения аппарата без введения в схему лечения медикаментозных средств. Констатировано полное избавление животных от ушного клеща под контролем микроскопии мазка из уха.

**11.** Диагноз генерализованная форма демодекоза. Одновременно с медикаментами использовался аппарат по программам:

- Лимфа и детокс,
- Демодекс (собачий клей),
- Постельный клещ,
- Часотка,
- Фолликулярный клещ,

- Стафилококо-стрептококковая инфекция. Продолжительность лечения 21 день, кратность 1 раз\день. Отмечено прекращение зуда по всему телу, восстановление психоэмоционального состояния пациентов. Под контролем микроскопии соскобов кожи констатировано полное выздоровление животных.

**12.** Диагноз хроническое воспаление ушных раковин с очагами некроза на коже. Использовали аппарат в качестве монотерапии по программам:

- Стафилококо-стрептококковая инфекция,
- Лимфа и детокс,
- Часотка,
- Фолликулярный клещ,
- Грибковая инфекция,

- Грибки базовая,
- Трихофитон базовый.

Продолжительность лечения 20 дней, кратность 2 раза в день. Отмечено уменьшение воспалительной и болевой реакции на 5-й день лечения. Результат применения аппарата расценен как положительный.

**13.** Диагноз баланопостит. Помимо наружных дезинфицирующих средств применялся аппарат по программам:

- Стафилококо-стрептококковая инфекция,
- Лимфа и детокс,
- Простейшие,
- Трихомонада,
- Уреаплазма.

Продолжительность лечения 10 дней, кратность 2 раза\день. Отмечено прекращение выделений ихорозного запаха на 4-й день лечения.

**14.** Диагноз хроническая инфекция глаз у молодых животных. Помимо наружных дезинфицирующих средств, применялся аппарат по программам:

- Стафилококо-стрептококковая инфекция,
- Лимфа и детокс,
- Микоплазма базовая,
- Простейшие,
- Хламидиоз,
- Респираторно-синтициальный вирус.

Продолжительность лечения 14 дней, кратность 2 раза в день. Отмечена нормализация состояния конъюнктивы, роговицы обоих глаз, прекращение выделений патологического характера. Результат лечения расценен как положительный.

**15.** Диагноз гнойная инфекция кожных складок когтевого пространства. Помимо наружных дезинфицирующих средств применялся аппарат по программам:

- Стафилококо-стрептококковая инфекция,
- Лимфа и детокс,
- Актиномикоз,
- Дерматомироз,
- Микоз стоп и ногтей,
- Микроспорум канис,
- Трихофитон базовый.

Продолжительность лечения 14 дней, кратность 2 раза в день. На 4-й день лечения отмечено снижение местной воспалительной реакции. Заживление и очищение тканей произошло за более короткий срок по сравнению со стандартной схемой лечения.

Переносимость. Следует отметить хорошую переносимость аппаратом «ДЭТА», отсутствие общих и местных побочных реакций при лече-

нии заболеваний инфекционного и паразитарного характера. Терапия не оказывала негативного влияния на течение сопутствующей патологии, имевшейся у наблюдаемых пациентов.

#### Заключение.

1. Аппарат ДЭТА (с программным обеспечением «АП») по своим функциональным и эксплуатационным качествам полностью отвечает требованиям ветеринарной практики в области лечения заболеваний инфекционного и паразитарного характера.

2. Показан высокий клинический эффект аппарата ДЭТА как в виде монотерапии, так и в комплексе с симптоматическим лечением по сравнению с традиционными методами лечения.

3. Противопоказаний к использованию аппарата ДЭТА у животных не выявлено.

4. Возможно использование аппарата «ДЭТА» в стационарных, амбулаторных и домашних условиях.

5. Рекомендовано дальнейшее испытание аппарата в лечении различных патологий мелких домашних животных.

#### Рекомендации.

Исходя из изложенного, на основе клинических испытаний предлагаем дополнить арсенал оснащения ветеринарных учреждений аппаратом ДЭТА антипаразитарный.

Заведующий ветеринарной клиникой «Надежда»  
Мухаметьянов Я. Р.  
Ветеринарный врач  
Таймашин Т. А.



ГОРОДСКАЯ ВЕТЕРИНАРНАЯ СТАНЦИЯ  
ИНН 0276016390  
Г. УФА КУВЫКИНА – 23 Т. 254-11-30  
ВЕТКЛИНИКА  
«НАДЕЖДА»

Заведующий ветеринарной клиникой  
Мухаметьянов Янур Римович  
04.12.2009Г

## Протокол клинических испытаний

## эффективности лечения аппаратом ДЭТА

Город Уфа

**Цель исследований:** Оценить возможности применения аппарата ДЭТА производства ООО НПП «ЭЛИС» в ветеринарной практике на территории Российской Федерации при Уфимской городской ветеринарной станции.

**Вид исследования:** открытое, сравнительное.

#### Задачи исследования:

1. Определить клиническую эффективность применения аппарата ДЭТА при лечении заболеваний мелких домашних животных инфекционного и паразитарного характера в качестве монотерапии.

2. Исследовать клиническую эффективность применения аппарата ДЭТА в составе комплексного лечения заболеваний мелких домашних животных инфекционного и паразитарного характера.

3. Оценить безопасность применения аппарата ДЭТА при лечении заболеваний мелких домашних животных инфекционного и паразитарного характера.

**План исследования:** проведение клинических испытаний на мелких домашних животных. Отбор пациентов проводился в соответствии с выбранными критериями включения.

**Критерии включения:** в исследование вошли кошки, собаки, морские свинки, хомячки, птицы. Обследование и лечение проводилось на основе информированного добровольного согласия хозяев больных животных.

Таблица 1.

Диагноз	Форма течения заболевания	Количество пациентов	Средняя продолжительность лечения на приборе ДЭТА
токсаплазмоз	хроническая	19	10 дней
гнойный отит	хроническая	15	5 дней
гельминтная инвазия	хроническая	28	5 дней
дисбактериозы	острая	15	5 дней
дисбактериозы	хроническая	15	10 дней
лямблиозы	хроническая	30	10 дней

**Место и время проведения исследований:** Кувькинская ветеринарная клиника Уфимской городской ветеринарной станции.

**Для проведения исследований представлены:**

1. Аппарат ДЭТА производства ООО «НПО «ЭЛИС» (Москва) в количестве 1 шт; Программное обеспечение аппарата предусматривает антипаразитарную терапию.

2. Аппарат ДЭТА разрешен к применению в медицинской практике (регистрационное удостоверение Росздравнадзора №\_\_от\_\_)

3. Руководство по эксплуатации аппарата ДЭТА

4. Методические рекомендации \_\_\_\_\_ Методика диагностики и лечения в.т. охраняется патентом №2000114578 от 20.03.2003 г., на законных основаниях используемых ООО «НПО «ЭЛИС»

#### Результаты исследований:

Исследования клинической эффективности различных способов коррекции лечения инфекционных и паразитарных заболеваний проводилось у 85 пациентов (42 кошек, 35 собак, 2 морских свинок, 3 хомячков, 3 волнистых попугайчиков) в возрасте от 4 мес. до 15 лет.

Группы наблюдения были сопоставимы по полу, возрасту, нозологическим формам, тяжести основного заболевания и выраженности дисбиотических нарушений. Клиническая характеристика групп наблюдения представлена в таблице 1.

Диагноз	Форма течения заболевания	Средняя продолжительность лечения на приборе ДЭТА	Средняя продолжительность лечения медикаментозная (без использования прибора ДЭТА)	Эффективность использования прибора ДЭТА
токсоплазмоз	хроническая	10 дня	21 день	80%
гнойный отит	хроническая	5 дней	14 дней	82%
гельминтная инвазия	хроническая	5 дней	20 дней	85%
дисбактериозы	острая	5 дней	14 дней	92%
дисбактериозы	хроническая	10 дней	30 дней	89%
лямблиозы	хроническая	10 дней	21 день	85%

**Методика лечения.** Перед процедурой лечения проводилась подготовка аппарата «ДЭТА» к работе в соответствие с указаниями руководства по эксплуатации устройства. Включение и выключение аппарата осуществлялось в соответствии с указаниями данного руководства. При проведении сеанса аппарат располагался в непосредственной близости от тела пациента. Длительность процедуры 3-15 минут, кратность 1-2 сеанса в день, курс от 5 до 10 дней.

**Оценка лечебной эффективности** различных методов лечения проводилась путем ежедневных клинических осмотров, включающих оценку общего состояния, динамику массы тела, состояния функции желудочно-кишечного тракта, состояния кожи и шерстного покрова. Из лабораторных исследований у пациентов осуществлялись исследования кала на яйца глист, анализы мочи, мазки крови на наличие возбудителей паразитарных заболеваний, люминесцентная диагностика, микроскопия соскобов кожи. Проведено изучение показателей здоровья пациентов до и после лечения.

**Таблица 2. Динамика основных клинических симптомов у больных животных при различных способах коррекции дисбактериоза.**

Симптомы		Группы больных					
		1-я группа		2-я группа		3-я группа	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Вздутие, болезненность брюшной полости, отхождение газов	До лечения	3	76	3	97	2	85
	После лечения	3	20	3	17	2	28
Частый жидкий стул водянистой консистенции	До лечения	5	93	5	90	4	84
	После лечения	5	33	5	16	4	32
Профузный понос с обильной примесью крови	До лечения	3	67	3	72	2	55
	После лечения	3	49	3	28	2	25

Влияние различных способов коррекции диспептических явлений.

Обследование общего состояния здоровья животных до и после курса лечения показали положительные сдвиги в работе желудочно-кишечного тракта у контрольной группы с использованием аппарата. Так, у животных 2-ой и 3-ей групп отмечены признаки восстановления положитель-

Клинические наблюдения за больными, получавшими лечение аппаратом в качестве монотерапии и комбинированное лечение, позволили выявить более выраженный, положительный терапевтический эффект по сравнению с контрольной группой, который выражался в более коротком сроке исчезновения клинических признаков заболеваний. Конкретнее: при наличии диспептического синдрома у животных 2-ой и 3-ей групп отмечалось уменьшение количества актов дефекации, улучшение его консистенции происходило в 2 раза быстрее (на 4-5 день соответственно), чем в контроле (12±2 дней). Исчезновение симптомов вздутия брюшной полости у пациентов 2-ой и 3-ей групп происходило в среднем к 3 дню (3,9±0,8 и 4,0±0,5), тогда как у животных получавших медикаментозное лечение только к 6 ± 2 дню. Ликвидация болевого синдрома у пациентов опытных групп происходила к 4 дню, то есть быстрее в 2 раза, чем в контрольной группе. Влияние различных способов коррекции дисбиоза у наблюдаемых животных представлены в таблице 2. и рисунке 1.

ной микрофлоры желудочно-кишечного тракта, уменьшение симптомов дисбактериоза с нарушениями микрофлоры. Излечение наблюдалось у 76% животных, лечившихся аппаратом «ДЭТА» и у 92% в группе комбинированного лечения, в то время как у контрольной группы только в 35%.

2. Оценка эффективности применения аппарата ДЭТА в лечении токсоплазмоза животных.

Симптомы		Группы больных					
		1-я группа		2-я группа		3-я группа	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Дерматиты	До лечения	3	80	3	80	1	77
	После лечения	3	28	3	10	1	33
Извращение аппетита	До лечения	2	89	1	85	1	81
	После лечения	2	2	1	16	1	26
Нарушение репродуктивной функции	До лечения	3	79	3	84	2	62
	После лечения	3	22	3	16	2	27

Влияние различных способов лечения токсоплазмоза.

Обследование общего состояния здоровья животных до и после курса лечения показали положительные сдвиги в общем состоянии у контрольной группы с использованием аппарата. Так, у животных 2-ой и 3-ей групп отмечены признаки снижения титра антител, аллергиче-

ско раздражения кожи. Излечение наблюдалось у 82% животных, лечившихся аппаратом «ДЭТА» и у 90% в группе комбинированного лечения, в то время как у контрольной группы только в 47%.

3. Оценка эффективности применения аппарата ДЭТА в лечении заболеваний среднего уха (гнойный отит).

Симптомы		Группы больных					
		1-я группа		2-я группа		3-я группа	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Краснота, болезненность, отечность ушной раковины и слухового прохода с незначительными выделениями гнойного экссудата	До лечения	2	66	2	89	1	86
	После лечения	2	20	2	18	1	28
Краснота, болезненность, отечность ушной раковины и слухового прохода с обильными выделениями гнойного экссудата с ихорозным запахом	До лечения	4	87	4	60	2	85
	После лечения	4	18	4	13	2	21

Влияние различных способов лечения отита.

Обследование общего состояния здоровья животных до и после курса лечения показали положительные сдвиги в состоянии ушного прохода у контрольной группы с использованием аппарата. Так, у животных 2-ой и 3-ей групп отмечены признаки снижения воспаления кожи ушной раковины и слухового канала, прекращение

гнойных выделений из среднего уха. Излечение наблюдалось у 82% животных, лечившихся аппаратом «ДЭТА» и у 88% в группе комбинированного лечения, в то время как у контрольной группы только в 47%.

4. Оценка эффективности применения аппарата ДЭТА в лечении глистной инвазии животных.

Симптомы		Группы больных					
		1-я группа		2-я группа		3-я группа	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Повышенный аппетит, ломкость и отсутствие блеска шерсти	До лечения	4	75	4	98	2	60
	После лечения	4	22	4	8	2	17
Круглогодичная линька, потеря усов, рвота неперевааренными частицами пищи, исхудалость	До лечения	5	80	5	78	4	89
	После лечения	5	10	5	4	4	16
Анорексия, извращение аппетита, истощение, выхождение гельминтов с каловыми или рвотными массами	До лечения	2	55	2	84	2	66
	После лечения	2	11	2	7	2	18

Влияние различных способов лечения гельминтозов.

Обследование общего состояния здоровья животных до и после курса лечения показали

положительные сдвиги в самочувствии животных у контрольной группы с использованием аппарата. Так, у животных 2-ой и 3-ей групп отмечены признаки значительного снижения явле-

ний интоксикации организма, анализ проб кала показал уменьшение количества выявления яиц глист. Излечение наблюдалось у 75% животных, лечившихся аппаратом «ДЭТА» и у 85% в группе

комбинированного лечения, в то время как у контрольной группы только в 60%.

5. Оценка эффективности применения аппарата ДЭТА в лечении лямблиоза животных.

Симптомы		Группы больных					
		1-я группа		2-я группа		3-я группа	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Капризный аппетит, ломкость и скатанность шерсти	До лечения	4	75	4	98	2	60
	После лечения	4	22	4	8	2	17
Круглогодичная линька, сухость кожных покровов, частая рвота, дефицит веса	До лечения	5	80	5	78	4	89
	После лечения	5	10	5	4	4	16
Анорексия, извращение аппетита, истощение, глубокие расчесы кожи	До лечения	2	55	2	84	2	66
	После лечения	2	11	2	7	2	18

Влияние различных способов лечения лямблиоза.

Обследование общего состояния здоровья животных до и после курса лечения показали положительные сдвиги в самочувствии животных у контрольной группы с использованием аппарата. Так, у животных 2-ой и 3-ей групп отмечены признаки значительного снижения явлений интоксикации организма, анализ проб кала показал уменьшение количества выявления цист лямблий. Излечение наблюдалось у 75% животных, лечившихся аппаратом «ДЭТА» и у 85% в группе комбинированного лечения, в то время как у контрольной группы только в 60%.

**Переносимость.** Следует отметить хорошую переносимость аппаратом «ДЭТА», отсутствие общих и местных побочных реакций при лечении заболеваний инфекционного и паразитарного характера. Терапия не оказывала негативного влияния на течение сопутствующей патологии, имевшейся у наблюдаемых пациентов.

#### Заключение.

1. Аппарат ДЭТА (с программным обеспечением «АП») по своим функциональным и экс-

плуатационным качествам полностью отвечает требованиям ветеринарной практики в области лечения заболеваний инфекционного и паразитарного характера.

2. Показан высокий клинический эффект аппарата ДЭТА в виде монотерапии, но особенно в комплексе с симптоматическим лечением по сравнению с традиционными методами лечения.

3. Противопоказаний к использованию аппарата ДЭТА у животных не выявлено.

4. Возможно использование аппарата «ДЭТА» в стационарных, амбулаторных и домашних условиях.

5. Рекомендовано дальнейшее испытание аппарата в лечении различных патологий мелких домашних животных.

#### Рекомендации.

Исходя из изложенного, на основе клинических испытаний предлагаем дополнить арсенал оснащения ветеринарных учреждений аппаратом ДЭТА антипаразитарный.

Ответственный исполнитель

Научный руководитель

Таймасова Т. А.  
Мусаев М. С.



## Сертификаты, патенты, награды

Вся продукция DETA прошла сертификацию.  
Ряд приборов и методик имеет патенты,  
в том числе международные



Лицензия на производство медицинской техники



Регистрация приборов «DETA»



Регистрация приборов «DETA»



Сертификация соответствия требованиям ГОСТ







Сертификация в Киргизии



Сертификация в Казахстане

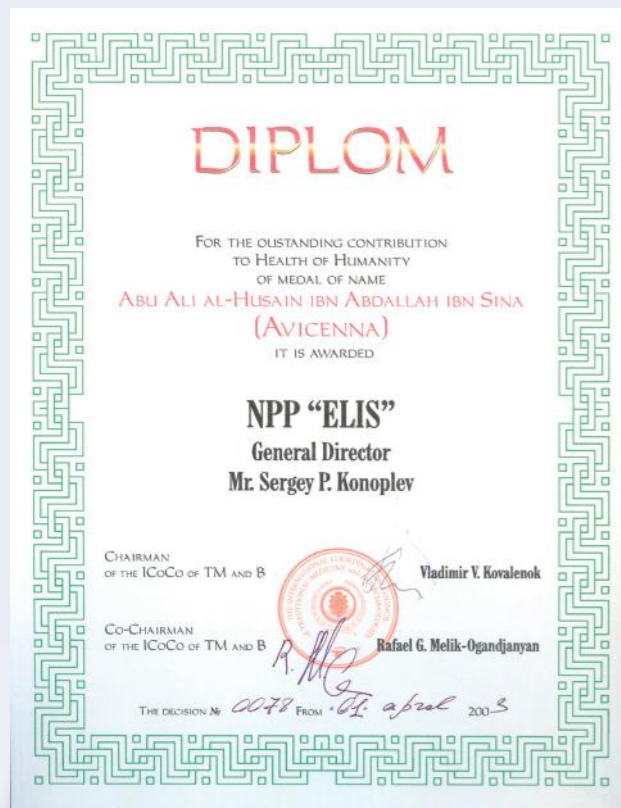


Сертификация в Украине



Свидетельство о государственной регистрации программного обеспечения – «Therapy 8.0»

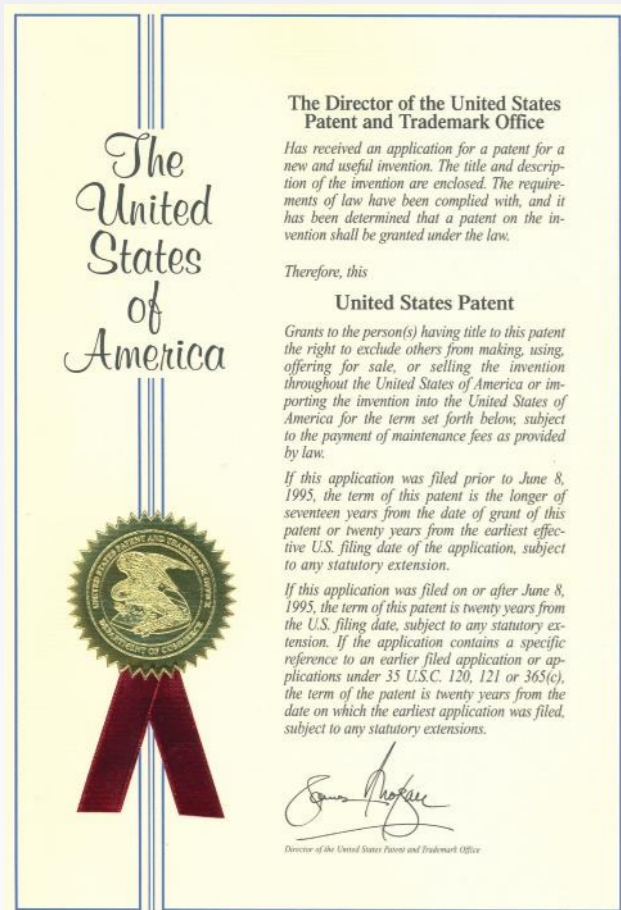
Свидетельство на товарный знак



Большая серебряная медаль Авиценны  
Признание на востоке  
в мусульманских странах



Золотая медаль «1000 лучших предприятий и организаций России XXI века»



Американский патент на метод  
электромагнитной терапии и устройство  
для его реализации



Золотая статуэтка «Лучшие товары России»  
Победитель выставки-ярмарки



Золотая медаль РАЕН «За практический вклад в укрепление здоровья нации»

## Случаи из практики

доказывающие эффективность использования DETA-технологий



Золотая медаль на выставке «Здравоохранение» в Воронеже

*Врачи, наблюдавшие пациентов, лечившихся с помощью приборов DETA, описывают невероятные случаи исцеления от болезней, с которыми обычными методами справиться не удавалось*

## Инновационные способы диагностики и лечения заболеваний мочеполовых органов мужчин (14-летний опыт работы)

*«Qui bene dignoscitur – bene curatur»  
«Кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит»  
Ничто не может заменить анализа, производимого самим врачом непосредственно перед тем, как принять какое-либо терапевтическое решение, и так часто, как в этом чувствуется необходимость.  
LE D-r Jules Janet, Paris*

### I. Диагностика

#### Лабораторные исследования

Лабораторные исследования (отделяемое уретры, осадок мочи, секрет предстательной железы) производит непосредственно врач-уролог, имея на оснащении:

- центрифугу;
- микроскоп;
- предметные стекла;
- фен;
- емкости для сбора отработанного материала.

Принимает пациента с задержанной 3-4 часа мочой. Краем предметного стекла берет отделяемое уретры, размазывает его вторым стеклом, подсушивает феном, окрашивает 1% водным раствором метиленового синего, промывает холодной водой, собирает крупные капли воды фильтровальной бумагой, вновь подсушивает феном и проводит микроскопию мазка. Пациенту тут же выдается емкость для сбора первой струи мочи, в количестве до 100 мл. Врач просматривает ее в проходящем свете, наполняет центрифужную пробирку и центрифугирует при 2500 оборотов в течение 2 минут, сливает жидкость, осадок микроскопирует. Результаты исследования заносит в специальную карту (образец прилагается). Таким образом, за 8-10 минут получает огромную информацию о патологии в мочевыводящей системе. При отсутствии противопоказаний, через 10-15 минут после мочеиспускания производится осмотр предста-

тельной железы, ее массаж, сбор секрета и его микроскопирование. Затем секрет высушивается, окрашивается 1% водным раствором метиленового синего и вновь микроскопируется.

#### Электроakupunkturная диагностика

Электроakupunkturную диагностику по методу Р.Фолля производит врач-специалист по электроakupunkturной диагностике на аппарате «DETA-D».

Областью применения ЭАФ-диагностики и терапии служит преимущественно не острые состояния, описанные в учебниках, этиология которых хорошо известна, – они хорошо излечиваются с помощью аллопатии или фитотерапии, – а обнаружение и лечение хронических, подострых процессов.

Диагностика и лечение заболеваний мочеполовой сферы проводятся аппаратами «DETA» НПП «Элис».

В диагностике и лечении заболеваний мочеполовой системы методом ЭАФ используют меридианы почек, мочевого пузыря, лимфатический и эндокринный меридианы.

Состоянию физиологической нормы соответствуют величины в интервале 51-65 усл. ед., а в идеальной норме 50±1 усл. ед.

В начальных стадиях нарушения функций органа или тканевой системы, без воспалительного процесса величина ИУ БАТ находится в пределах 66-81 усл. ед.

Локально ограниченный воспалительный процесс имеет показатели 82-89 усл. ед.

Острый или катаральный воспалительный процесс – 90-99 усл. ед.

Для состояния органа, характеризующегося обширным воспалительным процессом, гнойным процессом, в стадии обострения заболевания величина ИУ на БАТ, связанной с этим органом, равна 100 усл. ед.

В начальных стадиях развития дистрофического процесса величина ИУ БАТ составляет 42-49 усл. ед., а при его прогрессировании – 32-41 усл. ед.

При деструктивных процессах с частичной атрофией клеточных структур органа величина ИУ БАТ опускается до значений в интервале 22-31 усл. ед., а при полной атрофии или злокачественном перерождении 0-21 усл. ед.

#### Исследования начинают с лимфатического меридиана (LOR).

Данный меридиан проходит по медиальной поверхности I пальца кисти.

Он является лимфатическим дренажом всего организма, но особенно точно информирует об области головы и шеи на ранних этапах заболеваний, т.к. лимфосистема первая реагирует на изменения в органе или системе.

Тестирование начинают с контрольно-измерительной точки (КИТ) – 3-й точки меридиана, которая расположена на тыльно-лучевой поверхности проксимальной фаланги I пальца кисти в месте перехода головки в тело.

В составе лимфатического меридиана находятся 3 суммарные точки:

1 точка – небная миндалина, пери- и ретро-тонзиллярное пространство с оттоком лимфы в глубокие лимфатические узлы шеи. Точка располагается над бугристостью дистальной (ногтевой) фаланги I пальца кисти на тыльно-лучевой поверхности.

Показатели 90-100 (без падения стрелки и отсутствия анамнеза) указывают на острый серозный тонзиллит.

Показатели более 70 указывают на ангину или обострение хронического тонзиллита.

Показатели менее 50 указывают на хронический тонзиллит, кисты миндалин.

Показатели менее 30 – декомпенсированные воспалительные процессы, фиброз, склерозирование.

Ниже 15 – состояние после тонзиллэктомии.

5 точка – одонтогенная точка с оттоком лимфы от верхней и нижней челюсти. Точка располагается на тыльно-лучевой поверхности I пястной кости в месте перехода головки в тело. По этой точке диагностируют кариес, парадонтоз, стоматит, периостит, гингивит.

7 точка – отток лимфы от слизистых носовой полости и придаточных пазух носа. Точка распо-

лагается на тыльно-лучевой поверхности I пястной кости в месте перехода тела в основание.

Значения свыше 60 указывают на воспалительную гиперплазию слизистых носа.

Показатели в интервале 50-25 – на хронические гаймориты, синуситы.

При показателях ниже 25 и падение стрелки следует искать неопластические процессы.

При показателях ниже 40 и положительной реакции на нозод Polipus можно думать о полипозе.

При наличии сопутствующего анамнеза (острые и хронические отиты, тугоухость, лабиринтиты, мастоидиты) дополнительно исследуют следующие точки:

2 точка – лимфоотток от уха, контроль околушных лимфоузлов. Тестируется над основанием дистальной фаланги I пальца кисти на тыльно-лучевой поверхности.

4 точка – трубная миндалина и боковой валик глотки. Тестируется на тыльно-лучевой поверхности проксимальной фаланги I пальца кисти в месте перехода тела в основание.

Значения 40 с падением стрелки указывают на хронический тонзиллит.

Показатели 20 с падением стрелки предположительно указывают на онкологию.

Идентичность показателей на этой точке с данными на точке крови указывают на имеющуюся очевидное заболевание крови.

#### Следующим меридианом для исследования является меридиан эндокринной системы или тройного обогревателя (TR).

Он проходит по латеральному краю IV пальца кисти.

Меридиан TR контролирует эндокринную сферу организма, процессы выделения и терморегуляции, регулирует гомеостаз и связь с внешним окружением, обеспечивает индивидуализацию личности, координирует и регулирует различные процессы и функции внутренних органов, относящихся к системе ЯН, имеет влияние на спастические и болевые синдромы.

Меридиан получает энергию из меридиана перикарда (MC) и передает в меридиан желчного пузыря (VB). Контрастно сопряженные отношения имеет с меридианом селезенки-поджелудочной железы (RP).

Время максимальной активности с 21 до 23 часов.

На данном меридиане исследуют:

4 точку – КИТ, которая располагается на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги IV пальца кисти в месте перехода головки в тело. По ней проводится суммарная оценка состояния эндокринной системы.

1 точку – половых желез и надпочечников, которая располагается на бугристостью дистальной фаланги IV пальца кисти на тыльно-локтевой поверхности. Характеризует состояние надпочечников, половых желез и их гормональной активности.

Высокие показатели на данной точке указывают на острый цистит (подтверждение необходимо получить на меридиане мочевого пузыря). На точке также проводится диагностика у женщин – миомы, у мужчин – простатитов.

5 точку – поджелудочной железы, которая располагается на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги IV пальца кисти в месте перехода головки в тело. Характеризует справа - состояние внутренней секреции поджелудочной железы, слева - секреции инсулина и глюкагона. При повышенных показателях следует проверить меридиан печени и желчного пузыря, поскольку изменения могут носить реактивный характер. Довольно часто высокие значения на этой точке появляются при кариесе 4 и 5 зубов.

Снижение показателей указывает на хронический панкреатит.

7 точку – щитовидной и паращитовидной железы, которая расположена в месте перехода головки в тело на тыльно-локтевой поверхности IV пястной кости. Эта точка позволяет оценить функциональное состояние щитовидной железы, паращитовидной железы, тимуса (т.е. состояние гипер-, гипо-, эутиреоза, гипер-, гипо-, эупаратиреоза, иммунитета).

На этой же точке можно тестировать дефицит или избыток витаминов, макро- и микроэлементов, что может являться причиной дисфункции ферментных систем, нарушения синтеза гормонов.

#### **Дальнейшие исследования проводят на меридиане почек (R).**

Он проходит по внутренней стороне V пальца стопы.

Меридиан R контролирует кроветворение, наследственность, водно-солевой обмен. Меридиан ответственен за реализацию генетической информации индивида.

Энергия в меридиан R поступает из мочевого пузыря (V) и переходит в меридиан перикарда (MC). Меридиан R находится в контрастно сопряженных связях с меридианом толстого кишечника (GI) – дополнительно исследуемый меридиан.

Время максимальной активности меридиана почек – с 17 до 19 часов.

При лечении заболеваний любой этиологии меридиан R всегда следует выравнивать как обеспечивающий выделительную функцию. Контроль меридиана обязателен при любом повторном осмотре.

Важнейшими точками меридиана R являются: 4 точка – КИТ, которая расположена над бугристостью дистальной фаланги V пальца стопы на тыльно-медиальной поверхности.

Она обеспечивает интегральную оценку состояния почек. При врожденных изменениях показатели часто бывают нормальными (тестируются нозод Amnion). При обострениях наблюдаются высокие показатели с ускоренным подъемом стрелки. При хронической патологии отмечаются низкие показатели.

Показатели от 0 до 20 характерны для нефросклероза, амилоидоза почек, неопластического процесса.

Показатели от 0 до 20 с одной стороны, с компенсаторным повышением показателей от 65 до 80 на другой стороне, позволяют думать о нефрэктомии на стороне низких показателей.

Одностороннее падение стрелки заставляет думать о локальном токсикозе, начинающемся с миндалин той же стороны.

При употреблении нефротоксичных компонентов, в т.ч. табака, алкоголя, некоторых лекарств, воздействию профвредностей (анилиновых красителей, компонентов топлива, тяжелых металлов) на ранних этапах определяются показатели от 65 до 80. При длительном воздействии этих факторов показатели снижаются от 50 до 30 усл. ед.

6 точка – измерительная точка брюшного отдела мочеточников, расположена на тыльно-медиальной поверхности проксимальной фаланги V пальца стопы в месте перехода тела в основание.

Особое значение имеет при диагностике коллик в сочетании с почечнокаменной болезнью.

Высокие показатели указывают на камни или песок в мочеточнике. (Если известен состав камня и при тестировании состава стрелка попадает в «коридор здоровья» от 50 до 65 усл. ед., то это говорит о наличии песка).

Стойкое снижение показателей позволяет заподозрить стриктуру мочеточника, опухоль мочеточника, аплазию мочеточника или предшествующее оперативное лечение на нем.

10 точка – корковое вещество, клубочки и каналы почек, расположена на середине пяточной кости с медиальной стороны между медиальной лодыжкой и ахилловым сухожилием.

При хронических заболеваниях на ней отмечаются низкие показатели.

Высокие показатели тестируются при гломерулонефрите, токсической нагрузке на почки, нефротоксинами различного происхождения (инфекционного, лекарственного, пищевого, промышленного и т.д.). Обязательно тестируется при подборе медикаментов.

13 точка – измерительная точка прямой кишки, расположена непосредственно под медиальной лодыжкой во впадине у пяточно-таранного сочленения на 0,5 цуня ниже медиальной лодыжки.

Здесь тестируются кишечные нозоды, а также специфические нозоды: параректального абсцесса, хронического проктита, геморроя, а также застойного метрита.

При хронических запорах в этой точке часто имеется лимфатическая опухоль и болезненность области при надавливании.

Падение стрелки на данной точке и точке F1 меридиана печени указывает на геморрой, обусловленный застоем в системе воротной вены, а также на трещины заднего прохода и выпадение прямой кишки.

#### **Меридиан мочевого пузыря (V) проходит по наружной стороне V пальца стопы.**

Меридиан ответственен за энергообеспечение структур центральной и периферической нервной системы, водный баланс организма, гармонию, партнерство, эмоциональные расстройства.

На меридиане диагностируется патология урогенитальной области, а также позвоночника и ствольных структур спинного мозга.

Получает энергию от меридиана тонкого кишечника (JG) и отдает в меридиан печени (F), связан с меридианом почек (R). Контрастно сопряженные отношения с меридианом легких (P). На меридиане присутствуют точки «согласия» со всеми органами.

Время максимальной активности с 15 до 17 часов.

Репрезентативными измерительными точками меридиана мочевого пузыря являются:

4 точка – КТИ – измерительная точка мочевого пузыря и урогенитальных органов, которая расположена у основания медиальной фаланги V пальца стопы на тыльно-латеральной поверхности.

По данной точке проводят интегрально-суммарную оценку состояния меридиана.

Падение стрелки на данной точке при наличии и аналогичной картины в точке меридиана (R) у женщин указывает на опущение матки. Одностороннее падение стрелки на меридиане (V) у женщин означает острое воспаление в области матки, параметрия или влагалища.

Падение стрелки с высоких значений с обеих сторон указывает на острый цистит. Медленное падение стрелки со значения ниже 80 с обеих сторон у мужчин указывает о перенесенных операциях на простате или мочевом пузыре.

6 точка – дно, шейка и сфинктер мочевого пузыря, расположена у основания проксимальной

фаланги V пальца стопы на тыльно-латеральной поверхности.

При снижении показателей на данном меридиане всегда подозревают снижение функции мочевого пузыря, уменьшение его емкости (например, в результате сморщивания пузыря или гипертрофии его мышц), дивертикул с остаточной мочой, папиллому мочевого пузыря.

При значениях менее 30 усл. ед. можно предполагать карциному мочевого пузыря.

На этой точке можно лечить энурез.

7 точка – урогенитальная область (матка, ее связочный аппарат с параметрием, влагалище – у женщин; простата, семенной бугорок, семенной пузырек, пенис, уретра – у мужчин), расположена на тыльно-латеральной поверхности проксимальной фаланги V пальца стопы в месте перехода головки в тело.

Одностороннее падение стрелки со значения ниже 80 указывает на одностороннюю гипертрофию простаты.

Точка лечения простатитов.

Диагностика нозодами.

8 точка – придаток яичка, семенной канатик, маточные трубы, расположена на тыльно-латеральной поверхности V плюсневой кости вместе перехода тела в основание.

Точка диагностики воспалительных процессов, подбора гормональных контрацептивов.

#### **Схематично алгоритм обследования можно представить следующим образом:**

- измерение исходных показателей в точках;
- тестирование органных препаратов и нозодов, позволяющее уточнить локализацию патологического процесса;
- тестирование этиологических факторов, приводящих к нарушениям в органах и системах (вирусные, бактериальные, гормональные, дисметаболические и т.д.)
- подбор гомеопатических и (или) аллопатических средств (составление рецепта)
- контроль изменения показателей на исходных точках.

#### **Ультразвуковая диагностика**

Ультразвуковую диагностику – производит врач-специалист по УЗИ.

При УЗИ почек оценивают их расположение, форму, контуры, размеры, структуру паренхимы, состояние собирательных полостей, наличие дополнительных образований, а также патологические состояния: аномалии количества (отсутствие, удвоение); аномалии положения (опущения, расположение обеих почек на одной стороне); аномалии сращения; аномалии величины (врожденное уменьшение размеров);

## Рекомендуемые для тестирования препараты

### а) органные препараты

Почка	Ren
Мочеточник	Ureter
Почечная артерия	Arteria renalis
Почечная (клетчатка) часть таза	Pelvis renalis
Почечное сплетение	Plexus renalis
Почечная вена	Vena renalis
Мочеполовая диафрагма	Diaphragma urogenitale
Мочепузырный треугольник и сфинктер	Trigonium vesicae et Musc.Sphincter
Слизистая оболочка мочевого пузыря	Tunica mucosa vesicae urinariae
Тазовое сплетение	Plexus pelvinis
Задняя часть мужской уретры	Urethra masculina (posterior)
Передняя часть мужской уретры	Urethra masculina (anterior)
Предстательное венозное сплетение	Plexus venosus prostaticus
Простата	Prostata
Семенные канальцы	Colliculus seminalis
Синус предстательной железы	Sinus prostaticus
Средняя доля предстательной железы	Prostata, lobus medius
Яички	Testis
Семявыводящий проток	Ductus deferens

### б) нозоды

Щавелевая кислота	Ac. oxalicum
Мочевая кислота	Ac. uricum
Фосфорная кислота	Ac. phosphoricum
Аднексит	Adnexitis
Полип мочевого пузыря	Blasenpolyp
Папиллома мочевого пузыря	Blasenpapillom
Почечные камни	Calculi renales
Камни мочевого пузыря	Calculi vesicalis
Камни предстательной железы	Calculi prostatae
Онкокозод	Carcinominum
Цистопиелит	Cystopyelitis
Эндометрит	Endometritis
Гломеруло нефрит	Glomerulonephritis
Нефроз	Nephrose
Коралловидный камень почечной лоханки	Korallenausgustein
Миома	Myom
Кистозная мастопатия	Mastopatia cystica
Фиброзная мастопатия	Mastopatia fibrosa
Оксалат урия	Oxalaturia
Аденома предстательной железы	Prostata adenom
Гиперплазия предстательной железы	Prostata + nodularae hyperplasia
Гипертрофия предстательной железы	Nodularae prostatae hypertrophia
Плоский эпителий предстательной железы	Prostatae plattenepithel
Пиелонефрит	Pyelonephritis
Пиелоренальная зона	Regio pyelorenalis
Солитарная киста почки	Sollitacystae niere
Тестирование беременности и врожденной аномалии	Amnion

### в) этиология

Bac. Acidophylus	Hepatitis non A non B	Staphylococcinum
Bac. Gartner	Herpes progenitalis	Staphylococcus aureus
Bac. Proteus	Herpes simplex	Staphylococcus koagulatus
Bac. Pyocyaneus	Herpes zoster	Staphylo-Streptococcinum
Bac. Morgan	Kataralische Mischflora	Streptococcinum
Bacteroides	Luesinum	Streptococcus haemolyticus
Chlamydia trachomatis	Lymphogranuloma	Streptococcus viridans
Cytomegalovirus	Lambliia intestinalis	Salmonella TP
Diphtherinum	Manila albicans	Toxoplasmose
Echinococcinum	Mycoplasma pneumonia	Trichophytia
Enterococcinum	Mycoplasma hominis	Tuberculinum
Epstei-Barr	Mucor mucedo	Tuberculinum avis
Fluor albus	Mycotischer fluor	Tuberculinum bovis
Geotrichum candidum	Peptostreptococcus naerobus	Trichomonaden Fluor
Gonococcinum	Pneumococcinum	Yersinia enterocolitica
Hepatitis A	Pneumococcinum M	ВИЧ антиген 1
Hepatitis B	Scarlatinum	ВИЧ антиген 2

Все данные исследования врач вносит в специальную карту.

аномалии структуры (мультикистоз, поликистоз, простые кисты); аномалии развития верхних мочевых путей (удвоения чашечно-лоханочной системы и мочеточника и др.); признаки воспалительных заболеваний (острый пиелонефрит, карбункул, абсцесс, туберкулезный процесс) и опухолей: доброкачественных (аденомы, ангиомиолипомы) и злокачественных. В настоящее время УЗИ является наиболее точным методом диагностики почечных камней, так как «видит» конкременты любого состава, в том числе невидимые при рентгеновском исследовании конкременты мочевого пузыря.

В мочевом пузыре выявляются аномалии развития, камни, опухолевые поражения: доброкачественные и злокачественные (большинство опухолей мочевого пузыря злокачественны и составляют 3% всех злокачественных опухолей, причем соотношение их частоты у мужчин и женщин примерно 6:1).

УЗИ предстательной железы позволяет поставить диагноз острого и хронического простатита, выявить аденому предстательной железы, рак. В семенных пузырьках определяются изменения, характерные для воспалительных заболеваний, опухолевые поражения. Органы мошонки: выявляются пороки развития, воспалительные заболевания, кисты, опухоли.

На все эти исследования уходит 50-60 минут и в 99-100% случаев устанавливается точный и достоверный диагноз:

- Воспалительных заболеваний мочеполовых органов с определением возбудителя(ей), меди-

каментозным тестированием необходимых лекарственных средств;

- Обменных заболеваний – оксалат, фосфат, уратурия, мочекаменная болезнь;

- Опухолевых заболеваний (доброкачественных и злокачественных).

## II. Лечение

*«Если в диагнозе нет ошибок, то их не может быть и в лечении»*

*«Ней-Дзин»*

Лечение пациентов производится на одном из аппаратов, изготовляемых в НПП «ЭЛИС» («DETA-UDT», портативные приборы «DETA», портативные приборы «DETA-AP») в кабинете, на дому или комбинированно. За основу взяты частоты, приведенные в методических рекомендациях, прилагаемых к аппаратам. Разработаны частные методики лечения всех вышеперечисленных заболеваний (кроме злокачественных), при этом составной их частью являются нижеперечисленные программы:

### Активная защита

2,2+10,0+12,5+15,0+19,5+26,0+55,0+92,5 по 300 сек.

1 раз в день, утром, на солнечное сплетение

### Хронический простатит

0,1+1,2+3,6+9,4+19,5+88,5 по 300 сек.

\_\_\_\_\_ раз в день, над лобком

### Склероз предстательной железы

9,4+9,6+17,0+28,0+75,5+76,0+85,0+85,5 по 300 сек.

\_\_\_ раз в день, над лобком  
**ДГПЖ, простатопатия**  
 2,5+2,6+4,0+4,9+9,4+19,5 по 300 сек.

\_\_\_ раз в день, над лобком  
**Prostate Platteneypthel**  
 22,5+22,5+22,5 по 600 сек.

\_\_\_ раз в день, над лобком  
**Цистит**  
 8,1+9,4 по 600 сек.

\_\_\_ раз в день, над лобком  
**Слабость мочевого пузыря**  
 8,1+9,4+18,5+64,8+68,5+87,0+84,0 по 300 сек.

\_\_\_ раз в день, над лобком  
**Задержка мочи**  
 90,5+90,5+90,5 по 600 сек.

\_\_\_ раз в день, над лобком  
**Почки**  
 2,8+3,3+3,5+8,1+9,2+9,7+54,0+54,5 по 300 сек.

\_\_\_ раз в день, на солнечное сплетение  
**Оксалат, фосфатурия**  
 2,8+3,3+4,0+4,6+5,5+8,1 по 300 сек.

\_\_\_ раз в день, на солнечное сплетение  
**Оксалат, фосфатурия**  
 9,2+9,6+10,0+15,0+21,5+72,0 по 300 сек.

\_\_\_ раз в день, на солнечное сплетение  
**Уратурия**  
 9,2+9,7+38,0+38,5+74,0+75,5+89,5+95,5 по 300 сек.

\_\_\_ раз в день, на солнечное сплетение  
**Киста почки**  
 53,5+53,5+53,5 по 600 сек.

\_\_\_ раз в день, над почкой  
**Камни почек (щелочные)**  
 3,5+8,1+43,0+53,0+54,0+63,0 по 600 сек.

\_\_\_ раз в день, над почкой  
**Камни почек (мочекислые)**  
 86,0+86,0+86,0+86,0+86,0+86,0 по 600 сек.

\_\_\_ раз в день, над почкой  
**Орхоэпидидимит, гидроцеле**  
 0,1+1,2+1,7+3,6+2,5+2,6+4,0+4,9 по 600 сек.

\_\_\_ раз в день, над яичками

**Варикоцеле**  
 2,5+9,4+10,0+85,0+46,5+99,5+84,5+33,5 по 300 сек.  
 \_\_\_ раз в день, над яичками

**Киста придатка яичка**  
 57,5+57,5+57,5 по 600 сек.  
 \_\_\_ раз в день, над яичками

**Уретрит**  
 1,7+3,6+9,4+15,5+53,5+75,5+19,5+88,0 по 300 сек.  
 \_\_\_ раз в день, над членом

**Активация иммунной системы**  
 1,6+1,7+1,75+8,1+9,4+9,6+10,0+12,5 по 300 сек.  
 \_\_\_ раз в день, на солнечное сплетение

**Пояснично-крестцовый отдел позвоночника**  
 6,8+62,5+64,5+67,5+68,5+76,5+84,5+95,0 по 300 сек.  
 \_\_\_ раз в день, на солнечное сплетение

**Регуляция кровообращения**  
 7,0+9,45+19,5+19,75+40,5+48,0+50,0+85,5 по 300 сек.  
 \_\_\_ раз в день, на солнечное сплетение

**Глубокая очистка организма**  
 0,7+0,9+2,5+2,65+3,3+9,8+56,0+69,0 по 300 сек.  
 1 раз в день, вечером, на солнечное сплетение

**Тревожно-депрессивное состояние**  
 5,8+6,3+31,5+91,5+92,5+93,5+98,5+99,5 по 300 сек.  
 \_\_\_ раз в день, на солнечное сплетение

**Сексуальная регуляция (программа №1)**  
 2,2+2,5+2,6+3,5+4,0+4,5+4,9+5,5 по 300 сек.  
 \_\_\_ раз в день, на солнечное сплетение

**Сексуальная регуляция (программа №2)**  
 9,4+9,6+10,0+12,5+19,5+32,0+38,0+49,5 по 300 сек.  
 \_\_\_ раз в день, на солнечное сплетение

**Сексуальная регуляция (программа №3)**  
 50,0+51,0+51,5+55,0+55,5+57,0+57,5+97,0 по 300 сек.  
 \_\_\_ раз в день, на солнечное сплетение

**Регуляция мужской мочеполовой системы**  
 2,6+4,0+4,5+4,9+9,4+19,5+55,0+97,0 по 300 сек.  
 \_\_\_ раз в день, на солнечное сплетение

\_\_\_ раз в день, на солнечное сплетение

\_\_\_ раз в день, на солнечное сплетение

## Клиническая эффективность лечения медицинскими приборами электромагнитной терапии «DETA» (2005 год)

Наименование заболевания	Общее число больных	Результаты лечения			
		Выздоровление		Без изменения	
		Число больных	%	Число больных	%
Хронический простатит	4800	4792	99,8	8	0,2
ДГПЖ	520	515	99,0	5	1,0
Хронический цистит	38	38	100	0	0
Острый уретрит	92	92	100	0	0
Хронический пиелонефрит	456	456	100	0	0
Камни почек	52	50	96,1	2	3,9
Киста почки	12	12	100	0	0
Олигозооспермия	15	15	100	0	0
Почечная колика	3	3	100	0	0
Оксалат-, фосфат-, уратурия	235	235	100	0	0
Эректильная дисфункция	37	37	100	0	0

Для лечения инфекционных заболеваний применяли аппарат «DETA-AP»

## Результаты применения аппарата «DETA-AP» (с 1 мая 2009 года по 1 марта 2010 года)

Количество инфекций	Число случаев
1	23
2	30
3	22
4	19
5	10
6	2

В среднем потребовалось проводить 4,7 сеансов. Продолжительность сеанса от 10 до 70 минут. Одновременно с применением аппарата «DETA-AP» проводилось лечение аппаратом «DETA-UDT». Аппараты укладывались на живот параллельно друг другу. Никаких антибактериальных средств не применялось.

Во всех случаях удавалось ликвидировать всех возбудителей.

Были выявлены и ликвидированы следующие возбудители:

- Гарднерелла вагиналис;
- Гонорея;
- Молочнокислая бактерия;
- Пептострептококк;
- Протей;
- Синегнойная палочка;
- Стафилококк золотистый;
- Стафилококк коагулопозитивный;
- Стафилококковая инфекция;
- Стафилококко-стрептококковая инфекция;

- Стрептококк базовая;
- Стрептококк гемолитический;
- Стрептококк зеленящий;
- Хладимидия трахоматис;
- Энтерококк;
- Герпес базовый;
- Герпес генитальный;
- Герпес симплекс;
- Геотрихум кандидум;
- Грибки базовая;
- Кандида альбиканс;
- Мукор муцедо;
- Monilia Albicans;
- Трихомонада;
- Уреаплазма;
- Антибактерии;
- Антивирусы;
- Антигрибковая;
- Простейшие.



## Лечение

Патент на изобретение № 2164424  
(приоритет от 28.06.1999)

(Способ низкочастотной  
электромагнитной терапии и устройство  
для его осуществления)

Лечение пациентов производится на одном из аппаратов, изготавливаемых в НПП «ЭЛИС» («DETA-UDT», «DETA-7», «DETA-8», «DETA-9», «DETA-15») в кабинете, на дому или комбинированно. За основу взяты частоты, приведенные в методических рекомендациях, прилагаемых к аппаратам. Разработаны частные методики лечения:

### Острый уретрит

1) 1,7+3,6+10,0+15,5+53,5+75,5+88,0 Гц по 300 секунд каждая частота. 3 раза в день – 5 дней.

2) Тестируемые лекарственные средства – 5 дней.

3) Прибор «DETA-AP»

#### Примеры

**1. Больной И. 28 лет.** Жалобы на выделения из уретры. При микроскопии отделяемого уретры – лейкоциты в большом количестве, эпителий – 4-6 в поле зрения. Обнаружены стрептококки. При исследовании на аппарате «DETA-D» – стрептококк гемолитический, чувствительный к эритромицину.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 1,7+3,6+10,0+15,0+53,5+75,5+88,0 Гц по 300 секунд каждая частота, 3 раза в день – 5 дней. Эритромицин по 0,25, 4 раза в день – 5 дней. При контрольном исследовании, 2-3 эпителия в поле зрения. Микрофлоры нет.

**2. Больной Д. 22 года.** Жалобы на выделения из уретры. При микроскопии отделяемого уретры – лейкоциты 20-30 в поле зрения, эпителий – 2-3 в поле зрения. Обнаружены стафилококки. При исследовании на аппарате «DETA-D» – стафилококк золотистый, чувствительный к оксацилину.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 1,7+3,6+10,0+15,0+53,5+75,5+88,0 Гц по 300 секунд каждая частота, 3 раза в день – 5 дней. Оксацилин по 0,5, 3 раза в день – 5 дней. При контрольном исследовании, 2-3 эпителия в поле зрения. Микрофлоры нет.

**3. Больной С. 19 лет.** Жалобы на выделения из уретры. При микроскопии отделяемого уретры – лейкоциты 20-30 в поле зрения, эпителий – 10-15 в поле зрения. При исследовании на аппарате «DETA-D» – Candida albicans, чувствительная к флуконазолу.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 1,7+3,6+10,0+15,0+53,5+75,5+88,0 Гц по 300 секунд

каждая частота, 3 раза в день – 5 дней. Флуконазол по 150 мг – 1 раз в день – 5 дней. При контрольном исследовании, 2-3 эпителия в поле зрения. Микрофлоры нет.

### Хронический простатит

1) 9,4+9,6+85,5+17,0+28,0+85,0+19,5+88,5 Гц по 300 секунд каждая частота

1 раз в день – 10 дней.

2) Массаж предстательной железы – 10 раз.

3) Тестируемые лекарственные средства – 10 дней.

4) Прибор «DETA-AP»

Проводится 1-5 курсов в зависимости от степени морфологических изменений с перерывом между курсами 2 недели.

### Хронический простатит (неосложненный)

#### Примеры

**1. Больной С. 35 лет.** Жалобы на боли в промежности. При микроскопии секрета простаты – лецитиновые зерна в большом количестве, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эпителий – 2-3 в поле зрения. Обнаружены кокки. При исследовании на аппарате «DETA-D» – стафилококк золотистый, чувствительный к амоксициллину.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 9,4 Гц – 600 секунд, 1 раз в день, на курс – 10 сеансов. Массаж простаты. Амоксициллин по 500 мг, 2 раза в день – 10 дней. При контрольном исследовании в секрете простаты – лецитиновые зерна в большом количестве. Микрофлоры нет. Боли не беспокоят.

**2. Больной Т. 41 год.** Жалобы на боли в пояснице и над лобком. При микроскопии секрета простаты – лецитиновые зерна в большом количестве, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эпителий – 2-3 в поле зрения. Обнаружены кокки и палочки. При исследовании на аппарате «DETA-D» – энтерококки и кишечная палочка, чувствительные к норфлоксацину.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 9,4 Гц – 600 секунд, 1 раз в день, на курс – 10 сеансов. Массаж простаты. Норфлоксацин по 400 мг, 2 раза в день – 10 дней. При контрольном исследовании в секрете простаты – лецитиновые зерна в большом количестве. Микрофлоры нет. Боли не беспокоят.

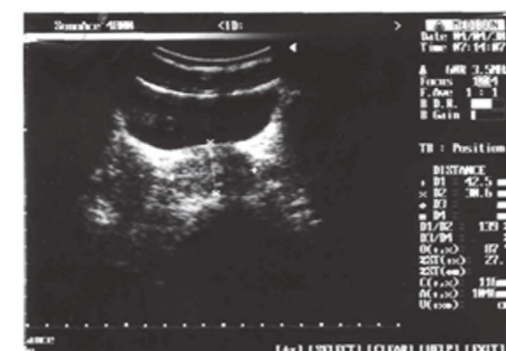
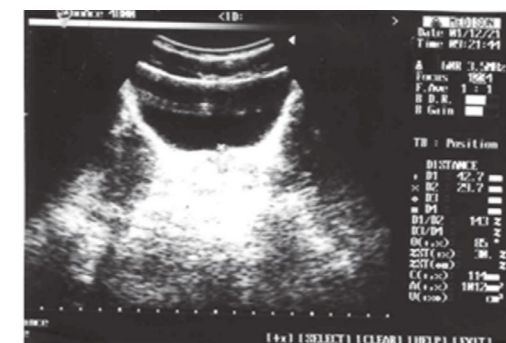
### Хронический простатит (осложненный)

#### Примеры

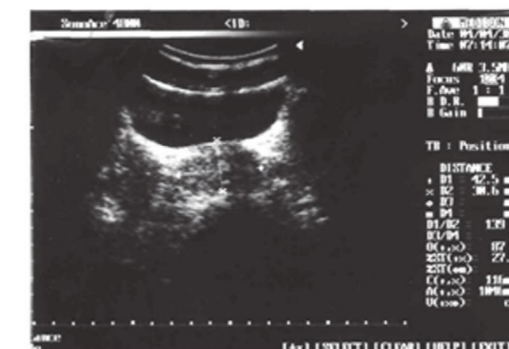
**1. Больной Н. 25 лет.** Жалобы на боли над лобком и в промежности, учащенное мочеиспускание, ослабление эрекции, быстрое

семяизвержение. При микроскопии секрета простаты – лецитиновые зерна в небольшом количестве, лейкоциты – 40-60 в поле зрения и в скоплениях. Обнаружены кокки и нити мицелия. При исследовании на аппарате «DETA-D» – Staphylococcus koag. и Mucor mucedo, чувствительные к ципрофлоксацину и нистатину. При ультразвуковом исследовании – эхоструктура неоднородная, за счет множества участков повышенной эхогенности.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 9,4+9,6+85,5+17,0+28,0+85,0+19,5+88,5 Гц по 300 секунд каждая частота, на курс 10 сеансов. Массаж простаты. Ципрофлоксацин по 500 мг, 2 раза в день – 10 дней, нистатин по 1 млн. ед. – 4 раза в день – 10 дней. Проведено 3 курса лечения, с промежутками – 2 недели. По окончании курсов лечения – жалоб нет, в секрете простаты лецитиновые зерна в большом количестве. При ультразвуковом исследовании – эхоструктура нормализовалась (узиграммы прилагаются).



семяизвержение. При микроскопии секрета простаты – лецитиновые зерна в небольшом количестве, лейкоциты – 40-60 в поле зрения и в скоплениях. Обнаружены кокки и нити мицелия. При исследовании на аппарате «DETA-D» – Staphylococcus koag. и Mucor mucedo, чувствительные к ципрофлоксацину и нистатину. При ультразвуковом исследовании – эхоструктура неоднородная, за счет множества участков повышенной эхогенности.



### Доброкачественная гиперплазия простаты

1) 2,5+2,6+4,0+4,9+9,4 Гц по 300 секунд каждая частота

1 раз в день – 10 дней.

2) Массаж предстательной железы – 10 раз.

Проводится 3 курса лечения, с перерывом между курсами 2 недели. Затем проводятся профилактические курсы лечения по мере необходимости.

#### Примеры:

**1. Больной Р. 73 года.** Жалобы на учащенное мочеиспускание, в том числе ночью до 6 раз, утончение струи мочи. В анализе мочи – изменений нет, в секрете простаты – лецитиновые зерна в небольшом количестве. При исследовании на аппарате «DETA-D» – Nodulariae prostatae hypertrophica. При ультразвуковом исследовании: объем – 78,5 куб. см, масса – 82,7 г. Эхоструктура неоднородная, за счет гиперплазии переходной зоны. Объем остаточной мочи – 120 мл.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 2,5+2,6+4,0+4,9+9,4 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в день – на курс 10 сеансов. Массаж

простаты. Проведено 3 курса лечения, с промежутками – 2 недели. По окончании лечения – жалоб нет. При ультразвуковом исследовании: объем – 35,5 куб. см, масса – 37,2 г. Остаточной мочи нет.

**2. Больной Ф. 85 лет.** Жалобы на учащенное мочеиспускание, в том числе ночью до 8 раз, утончение струи мочи. Периодические задержки мочи. При исследовании на аппарате «DETA-D» – Nodularae prostatae hypertrophia. При ультразвуковом исследовании: объем – 75,2 куб. см, масса – 79 г. Объем остаточной мочи – 140 мл.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 2,5+2,6+4,0+4,9+9,4 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в день – на курс 10 сеансов. Массаж простаты. Проведено 3 курса лечения, с промежутками – 2 недели. По окончании лечения – жалоб нет. При ультразвуковом исследовании: объем – 43,4 куб. см, масса – 46,7 г. Объем остаточной мочи – 60 мл.

**3. Больной А. 62 года.** Жалобы на учащенное мочеиспускание, в том числе ночью до 3 раз, ослабление эрекции. При исследовании на аппарате «DETA-D» – Nodularae prostatae hypertrophia. При ультразвуковом исследовании: объем – 36,4 куб. см, масса – 39,2 г. Остаточной мочи нет.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 2,5+2,6+4,0+4,9+9,4 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в день – на курс 10 сеансов. Массаж простаты. Проведено 3 курса лечения, с промежутками – 2 недели. По окончании лечения – жалоб нет. При ультразвуковом исследовании: объем – 24,7 куб. см, масса – 22,4 г. Остаточной мочи нет.

## ЦИСТИТ

1) 8,1+9,4 Гц по 300 секунд каждая частота  
1 раз в день – 10 дней.

2) Тестируемые лекарственные средства – 10 дней.

3) Прибор «DETA-AP»

### Примеры

**1. Больной К. 23 года.** Жалобы на учащенное мочеиспускание, рези, боли над лобком. В анализе мочи лейкоциты – 4-6 в поле зрения, свежие эритроциты – в большом количестве. При исследовании на аппарате «DETA-D» – цистит, обусловленный кишечной палочкой, чувствительной к левомицитину.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 8,1+9,4 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в день – на курс 10 сеансов. Левомицитин по 0,5 – 3 раза в день. Уже через 5 дней – жалоб нет. В анализе мочи – 1-2 лейкоцита в поле зрения, 2-3 эпителия.

**2. Больной Т. 28 лет.** Жалобы на учащенное мочеиспускание, рези, боли над лобком. В анализе мочи лейкоциты – 10-15 в поле зрения,

свежие эритроциты – в большом количестве. При исследовании на аппарате «DETA-D» – цистит, обусловленный золотистым стафилококком, чувствительным к доксициклину.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 8,1+9,4 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в день – на курс 10 сеансов. Доксицилин по 0,1 – 2 раза в день. Через 10 дней – жалоб нет. В анализе мочи – 1-2 лейкоцита в поле зрения, 2-3 эпителия.

## Пиелит, пиелонефрит

1) 2,8+3,3+8,1+9,2 Гц по 300 секунд каждая частота

1 раз в день – 10 дней.

2) Тестируемые лекарственные средства – 10 дней.

3) Прибор «DETA-AP»

### Примеры

**1. Больной Л. 32 года.** Жалобы на боли в пояснице, повышение температуры. В анализе мочи лейкоциты – 30-40 в поле зрения, выщелоченные эритроциты – 6-8 в поле зрения, клетки почечного эпителия – 3-5 в поле зрения. При исследовании на аппарате «DETA-D» – пиелонефрит, обусловленный *Vac. Proteus*, *Manila albicans*, чувствительных к фуразолидону и нистатину.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 2,8+3,3+8,1+9,2 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в день – на курс 10 сеансов. Фуразолидон по 0,1 – 3 раза в день, 10 дней. Нистатин по 1 млн. ед. – 4 раза в день, 10 дней. Через 10 дней – жалоб нет. В анализе мочи – 1-2 лейкоцита в поле зрения, 2-3 эпителия. При исследовании на аппарате «DETA-D» – изменений нет.

**2. Больной Г. 38 лет.** Жалобы на боли в пояснице, повышение температуры. В анализе мочи лейкоциты – 15-20 в поле зрения, выщелоченные эритроциты – 4-6 в поле зрения, клетки почечного эпителия – 6-8 в поле зрения. При исследовании на аппарате «DETA-D» – пиелонефрит, обусловленный *Chlamydia trachomatis*, *Streptococcus haemolyticus*, чувствительных к ампициллину и ко-тримоксазолу.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 2,8+3,3+8,1+9,2 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в день – на курс 10 сеансов. Ампициллин по 0,5 – 4 раза в день, 10 дней. Ко-тримоксазол по 1 таблетке – 2 раза в день, 10 дней. Через 10 дней – жалоб нет. В анализе мочи – 1-2 лейкоцита в поле зрения, 2-3 эпителия. При исследовании на аппарате «DETA-D» – изменений нет.

**3. Больной Ю. 57 лет.** Жалобы на боли в пояснице, повышение температуры. В анали-

зе мочи лейкоциты – 20-30 в поле зрения, выщелоченные эритроциты – 2-3 в поле зрения, клетки почечного эпителия – 4-6 в поле зрения, гиолиновые цилиндры – 1-2 в поле зрения. При исследовании на аппарате «DETA-D» – пиелонефрит, обусловленный энтерококком, *Yersenia enterocolitica*, чувствительные к эритромицину и нитроксолину.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 2,8+3,3+8,1+9,2 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в день – на курс 10 сеансов. Эритромицин по 0,25 – 4 раза в день, 10 дней. Нитроксолин по 200 мг – 3 раза в день, 10 дней. Через 10 дней – жалоб нет. В анализе мочи – 1-2 лейкоцита в поле зрения, 2-3 эпителия. При исследовании на аппарате «DETA-D» – изменений нет.

## Камни почек

1) 3,5+8,1+43,0+53,0+54,0+63,0 Гц по 300 секунд каждая частота

1 раз в день – 10 дней.

2) Цистон по 2 таблетки – 3 раза в день.

После каждого курса лечения проводится ультразвуковое исследование. Перерывы между курсами – 2 недели. Лечение прекращается после ликвидации камней.

### Примеры

**1. Больной К. 54 года.** Жалобы на боли в пояснице, справа. В анализе мочи лейкоциты – 2-3 в поле зрения, свежие эритроциты – 8-10 в поле зрения. При исследовании на аппарате «DETA-D» – камень правой почки, оксалатурия. При ультразвуковом исследовании – справа в средней чашечке: конкремент – 4 мм.

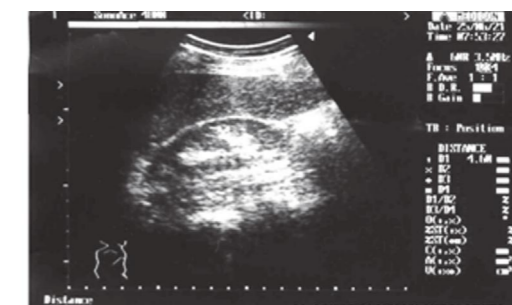
**Лечение:** полевая терапия, частоты: 3,5+8,1+43,0+53,0+54,0+63,0 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в день. Цистон по 2 таблетки – 3 раза в день. Через 20 дней при ультразвуковом исследовании – конкремента в почке нет (узиграмма прилагается).



**2. Больной Г. 48 лет.** Жалобы на боли в пояснице, справа. В анализе мочи лейкоциты – 4-6 в поле зрения, свежие эритроциты – 7-10 в поле зрения, выщелоченные эритроциты – 3-4 в поле зрения. При исследовании на аппарате «DETA-D» – камень правой почки, оксалатурия, фосфатурия.

При ультразвуковом исследовании – справа в средней чашечке: конкремент – 5 мм.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 3,5+8,1+43,0+53,0+54,0+63,0 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в день. Цистон по 2 таблетки – 3 раза в день. Через 20 дней при ультразвуковом исследовании – конкремента в почке нет (узиграмма прилагается).



**3. Больной М. 32 года.** Жалобы на боли в пояснице, слева. В анализе мочи лейкоциты – 10-15 в поле зрения, свежие эритроциты – 3-4 в поле зрения, выщелоченные эритроциты – 2-3 в поле зрения. При исследовании на аппарате «DETA-D» – камень левой почки, оксалатурия, фосфатурия. При ультразвуковом исследовании: слева в средней чашечке конкремент – 5 мм, в верхней чашечке: конкремент – 4 мм.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 3,5+8,1+43,0+53,0+54,0+63,0 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в день. Цистон по 2 таблетки – 3 раза в день. Через 30 дней при ультразвуковом исследовании – конкрементов в почке нет (узиграмма прилагается).



## Оксалат-, фосфат-, уратурия

1) 2,8+3,3+4,0+4,6+5,5+8,1+9,2+9,6+10,0+15,0+21,5+72,0 Гц по 300 секунд каждая частота  
1 раз в день – 10 дней.

2) Цистон по 2 таблетки – 3 раза в день.

Затем проводятся профилактические курсы лечения по мере необходимости.

### Примеры

**1. Больной У. 28 лет.** Жалобы на рези при мочеиспускании. В анализе мочи соли – сплошь в поле зрения. При исследовании на аппарате «DETA-D» – оксалатурия. При ультразвуковом ис-

следовании – в почечных лоханках штриховидные включения.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 2,8+3,3+4,0+4,6+5,5+8,1+9,2+9,6+10,0+15,0+21,5+72,0 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в 3 дня – 10 сеансов. Цистон по 1 таблетке – 3 раза в день, 1 месяц. Через 30 дней – изменений в моче нет.

**2. Больной Н. 21 год.** Жалобы на рези при мочеиспускании. В анализе мочи соли – сплошь в поле зрения. При исследовании на аппарате «DETA-D» – оксалатурия, фосфатурия. При ультразвуковом исследовании – в почечных лоханках штриховидные включения.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 2,8+3,3+4,0+4,6+5,5+8,1+9,2+9,6+10,0+15,0+21,5+72,0 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в 3 дня – 10 сеансов. Цистон по 1 таблетке – 3 раза в день, 1 месяц. Через 30 дней – изменений в моче нет.

**3. Больной Д. 49 лет.** Жалобы на рези при мочеиспускании. В анализе мочи соли – сплошь в поле зрения. При исследовании на аппарате «DETA-D» – уратурия. При ультразвуковом исследовании – в почечных лоханках штриховидные включения.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 2,8+3,3+4,0+4,6+5,5+8,1+9,2+9,6+10,0+15,0+21,5+72,0+74,0 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в 3 дня – 10 сеансов. Цистон по 1 таблетке – 3 раза в день, 1 месяц. Через 30 дней – изменений в моче нет.

### Киста почки

1) 53,0+53,5+54,0 Гц по 300 секунд каждая частота

1 раз в день – 1 месяц.

После каждого курса лечения проводится ультразвуковое исследование. Лечение проводится до рассасывания кисты.

#### Примеры

**1. Больной К. 23 года.** При профилактическом обследовании в правой почке обнаружена киста, размером 12,5 x 13,3 мм.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 53,0+53,5+54,0 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в день – 1 месяц. При контрольном исследовании – кисты в почке нет.



### Олигозооспермия

1) 9,6+98,0 Гц по 300 секунд каждая частота

1 раз в день – 10 дней.

2) Спеман по 2 таблетки – 2 раза в день.

Проводится 3-5 курсов лечения, с перерывом между курсами 2 недели. Лечение прекращается после нормализации количества сперматозоидов.

#### Примеры

**1. Больной В. 30 лет.** Жалобы на бесплодие. В эякуляте концентрация сперматозоидов – 14 млн. в 1 мл.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 9,6+9,8 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в день – 10 дней. Спеман по 2 таблетки – 2 раза в день. После 3 курсов лечения с перерывом между курсами – 2 недели, количество сперматозоидов – 52 млн. в 1 мл. Вскоре у жены наступила беременность.

**2. Больной Н. 26 лет.** Жалобы на бесплодие. В эякуляте концентрация сперматозоидов – 30 млн. в 1 мл из них 66 % – неподвижные.

**Лечение:** полевая терапия, частоты: 9,6+9,8 Гц по 300 секунд каждая частота, 1 раз в день – 10 дней. Спеман по 2 таблетки – 2 раза в день. После 2 курсов лечения с перерывом между курсами 2 недели, количество сперматозоидов – 51 млн. в 1 мл. Вскоре у жены наступила беременность.

### III. Патенты

На способы диагностики и лечения получены следующие патенты:

№ 2200455 «Способ комплексной диагностики заболеваний органов мочеполовой системы мужчин», 2000 г.

№ 2278700 «Способ комплексного лечения мочекаменной болезни», 2004 г.

№ 2315638 «Способ комплексного лечения воспалительных заболеваний мочеполовых органов мужчин», 2006 г.

### IV. Выводы

Таким образом, предложенные способы диагностики и лечения заболеваний мочеполовых органов мужчин надежны, достоверны, экономичны, высокоэффективны и доступны к широкому применению в практике работы врача-уролога (андролога).

### V. Предложения

Создать широкую сеть урологических (андрологических) кабинетов, которые позволят в короткие сроки проводить диагностику, лечение, реабилитацию и дальнейшую профилактику заболеваний мочеполовых органов мужчин.

И.А.Сапоженкова  
Врач-офтальмолог  
А.Л.Сушков  
Врач ВРТ и БРТ

## Здоровое зрение – успешный школьник!

### Применение аппарата биорезонансной и квантовой терапии QUANTUM в программе комплексной профилактики и лечения нарушений зрения у школьников младших классов г. Тюмени

Зрение принадлежит к числу интереснейших явлений природы. Оно дает людям 90% информации, воспринимаемой из внешнего мира. Хорошее зрение необходимо человеку для любой деятельности: учебы, отдыха, повседневной жизни. И каждый должен понимать, как важно оберегать и сохранять зрение.

По данным общероссийской статистики, среди первоклассников близоруких – 3%, среди школьников 3-х классов – 10%. В 9-м классе этим заболеванием страдают уже 16% мальчиков и девочек, и часто в высокой степени. Около 20% выпускников школ страдают так называемой «школьной», прогрессирующей близорукостью. В целом количество детей с хронической патологией зрения за время обучения в школе возрастает в 1,5 раза.

Гиподинамия у современного человека неизбежно пагубно отражается и на функциональных свойствах зрительного анализатора – наших глазах. С другой стороны, чрезмерные информационные нагрузки на глаза и мозг приводят к серьезным нарушениям и заболеваниям. В развитых странах каждый четвертый – близорукий. И особенно остро в последнее время этот вопрос встал из-за пагубного влияния на зрение дисплеев и компьютеров. Зрительные расстройства связаны не только с условиями зрительной работы, но и с другими широкими социальными и бытовыми условиями. Это такие факторы, как питание, в частности витаминная недостаточность, природные условия, климат. Установлена связь между нарушениями зрения и состоянием здоровья. Имеет значение рост и развитие самого органа зрения, наследственная предрасположенность и др.

Другими словами, нельзя выделить один какой-нибудь фактор, влияющий на развитие нарушений зрения. Можно говорить только о преобладающем значении того или иного фактора в конкретных условиях.

Исходя из этого положения, надо рассматривать нарушения зрения у детей как большую, сложную проблему, которую, что особенно важно, возможно решать только комплексными методами.

Наиболее частыми у школьников младших классов следует считать следующие проблемы, напрямую связанные с нарушением зрения:

- снижение остроты зрения;
- «компьютерный синдром» (красный глаз);
- слезотечение и диплопия;
- медленное усвоение информации;
- ухудшение успеваемости.

Целью настоящей работы было разработать оптимальную систему сохранения зрения у школьников, имеющую минимальный набор противопоказаний, с минимальными материальными затратами, доступную в любой школе.

Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи:

- провести исследование зрения у школьников в динамике;
- выявить группу риска сниженного зрения;
- выявить группу детей с явной патологией зрения;
- разработать и провести лечебно-профилактические мероприятия с детьми группы риска;
- провести разностороннюю профилактическую работу среди здоровых детей.

Разработанная и применяемая нами комплексная методика включала:

- взаимодействие «Врач – Учитель – Родители», в центре которого всегда были дети с их проблемами зрения;
- зрительная аппаратная гимнастика;
- дыхательная гимнастика (йога);
- упражнения для осанки.

Занятия проводились ежедневно в игровой форме в течение всего учебного года со всем

классом в помещении школы, что создавало у ребенка ощущение привычной обстановки и привычного коллектива. Временные затраты составляли в среднем 40 минут на класс.

Зрительная аппаратная гимнастика осуществлялась комплексным использованием приборов:

- очки Панкова;
- виброакупунтурный массаж орбитальной зоны;
- биорезонансная терапия (прибор DETA-Quantum) с использованием режима «Зрение, регуляция» с набором частот 3,6; 4,9; 31,5; 72,5.

Со всеми детьми проводилась психотерапия по методу малых групп с формированием позитивной установки на достижение успеха.

Как показала практика, методика не имеет противопоказаний, занимает минимум времени, проста в исполнении.

### Результаты исследования

В сентябре 2010 г. было осмотрено 150 школьников 4-х классов первоклассников.

Из числа осмотренных дети, имеющие явные проблемы со зрением составили 36%, в группу риска (условно здоровые дети, имеющие отягощенную наследственность, ослабленные физически, часто болеющие, дети с косвенными признаками нарушения зрения – низко наклоняют голову, медленно читают, а так же дети, предпочитающие компьютерные игры и длительные просмотры телевидения) вошли 30%. Практически здоровые дети составили 34%.

Всех детей разделили на 2 группы, примерно одинаковые по половозрастному составу. Первую группу составили 40 учащихся 1 и 2 классов, у которых применялась разработанная нами методика. Ритмичность занятий в течение всего учебного года была: 20 дней зарядка – 20 дней перерыв. В этой группе особое внимание уделялось совместной работе с учителями и родителями: это посещение школьных родительских собраний с отчетом о динамике состояния детей, профилактические беседы с родителями. Детям прививались навыки гигиены зрения, подчеркивалась важность соблюдения зрительного режима, здорового образа жизни.

Цели применения методики у детей разных подгрупп несколько отличались друг от друга. У детей группы риска целью было наработать резервы и считать их здоровыми при соблюдении режима зрительной нагрузки. У детей с имеющейся патологией – достичь стабилизации и улучшения зрительной функции, предупредить прогрессирование.

Критериями улучшения зрения являлись:

- улучшение зрительных функций (моно- и бинокулярно);
- увеличение запаса относительной аккомодации;
- отсутствие субъективных жалоб детей;
- увеличение скорости чтения;
- мотивация к обучению.

Группа риска заслуживает особого внимания. В нее могут переходить дети из группы здоровых – при ослаблении резервов, а также ее могут покинуть дети, у которых наработались резервы, исчезли жалобы и соблюдается зрительный режим. Имеет место «переход» детей из одной группы в другую.

В результате применения нашей методики в первой группе у учащихся первого класса отмечалась следующая динамика:

Клиническая группа	До применения методики (%)	После применения методики (%)
Явная патология	33	18
Группа риска	48	41
Здоровые	19	41

Аналогичные изменения происходили и у учащихся второго класса:

Клиническая группа	До применения методики (%)	После применения методики (%)
Явная патология	38	20
Группа риска	17	17
Здоровые	45	62

В результате гимнастики почти у всех детей первой группы (95%) острота зрения достигла 100% бинокулярно, запас аккомодации – 3-4 Д, они быстрее читают, чем дети из группы 2, не предъявляют жалоб на утомление, покраснение, слезотечение, имеют достаточное расстояние до текста – 25-28 см, т.е. не читают «носом».

Одним из побочных положительных эффектов применяемой методики в первой группе оказался эффект повышения интереса к учебе.

Во второй группе, где методика не применялась, регистрировалась следующая динамика подгрупп:

Клиническая группа	До начала исследования (%)	После окончания исследования (%)
Явная патология	35	24
Группа риска	22	47
Здоровые	43	29

Как видно из таблицы в этой группе произошло расширение группы риска в 2 раза и уменьшение группы здоровых детей. Дети из этой группы медленнее читали, практически в 90% у них определялось истощение резервов, снижение запаса аккомодации, имелись жало-

бы на утомление, покраснение глаз, хотя родители и учителя проводили у детей зрительную неаппаратную гимнастику дома и в школе, контролировали просмотр телевидения и работу на персональном компьютере.

### Выводы

Комплексное воздействие на зрительный анализатор с применением аппарата биорезонансной и квантовой терапии Quantum оказывает благотворное лечебное и профилактическое действие у школьников младших классов.

Систематическое, в течение всего учебного года, применение комплексной программы приводит к «перетоку» детей из группы с явной патологией в группу риска и из группы риска в группу здоровых.

Использование прибора Quantum можно рекомендовать для использования в медицинских кабинетах школ для профилактической и оздоровительной работы со школьниками младших классов.

### Литература:

Глазные болезни: Учебник/ Под ред. Т.И. Ерошевского, А.А. Бочкаревой. – М.: Медицина, 1983.

Научно-производственное предприятие «ЭЛИС». Медицинский аппарат «DETA»: Комплекс программ электромагнитной терапии «Ясные глаза». Новые научные взгляды на проблему «Как победить проблемы со зрением: уникальная медицинская методика». НПП «ЭЛИС», 2003.

## Методические рекомендации по применению продукции компании «DETA-ELIS» в различных видах спорта

### Введение

Сложная экологическая и социальная обстановка, постоянное психоэмоциональное напряжение, общее снижение иммунитета под воздействием вредных факторов ведут к значительному ухудшению здоровья нации в целом, появляются новые болезни, а старые приобретают иные, более тяжелые формы течения. Значительной особенностью нашего времени являются прогрессирующий рост числа хронических заболеваний, вызванных нарушениями в окружающей среде, сопровождающимися увеличением аллергических и аутоиммунных заболеваний.

Это усугубляется еще и тем, что большие надежды, возлагавшиеся на фармакотерапию, не полностью себя оправдали. Появились устойчивые к антибиотикам штаммы микроорганизмов; развиваются аллергические реакции на медикаменты. Кроме того, практически все лекарственные средства имеют побочные эффекты. Ситуация представляется удручающей и требует новых путей в терапии.

В целях купирования этих негативных тенденций в последние десятилетия наблюдается интенсивный рост разработок по созданию методов и средств физиотерапии. Последнее обстоятельство в немалой степени обусловлено значительными достижениями фундаментальных работ в области физики, математики и компьютерных систем. И здесь вселяет надежду не использование новых медикаментов, а ориентация в направлении энергетической медицины.

Успехи в области разработки методов и средств физиотерапии принесли практической медицине новый импульс в лечении не только острых заболеваний, но и хронической патологии, существенно снизив дни нетрудоспособности и время инвалидизации трудоспособного населения.

В то же время необходимо указать на тот факт, что в ряде случаев разработчики новых физиотерапевтических аппаратов не всегда соблюдают основополагающий принцип медицины: не навреди. Необходимо учитывать, что энергия, вносимая в организм человека, пропорциональна частоте и интенсивности воздействия. Избыточная энергия является нежелательной, а порой и вредной для организма. При этом целый ряд моделей физиотерапевтической аппаратуры несет в себе этот отрицательный элемент: применение мощных токов, излучений или силовых полей, используемых в современной терапии и диагностике, вызывает неблагоприятные реакции организма.

Возможность преодоления этих факторов при создании методов и средств физиотерапии нам видится в разработке научной концепции о построении энергоинформационной модели организма человека. Именно эта энергоинформационная модель определяет принципы точной установки частоты или набора крайне низких частот электромагнитного воздействия для восстановления функций органов и систем, нарушенных в результате патологического процесса.

### Прибор электромагнитной терапии «DETA-Ritm»

Разработка медицинского прибора базируется на результатах многочисленных исследований (Р.Фолль, Ф.Морелль и Э.Раше, В.Людвиг и др.), свидетельствующих о том, что существует возможность с помощью бесконтактного электромагнитного воздействия навязать органам и системам человека сигнал, имитирующий собственный биопотенциал здоровья, вследствие чего происходит ликвидация патологических изменений без использования других лечебных средств.

Основная идея применения резонанса в медицинской практике заключается в том, что при правильном подборе частоты электромагнитного воздействия можно даже при очень незначительном сигнале значительно усилить

нормальные (физиологические) или ослабить патологические колебания в биологической системе. Терапия, основанная на этом принципе, полностью отвечает требованию избегать любого принуждения в частности потому, что применяемые энергии и их величины совпадают с таковыми самого пациента. При этом не осуществляется подавление с помощью применения мощных токов, излучений или силовых полей, нередко используемых в современной терапии.

### Прибор электромагнитной терапии «DETA-AP»

История создания прибора «DETA-AP» уходит в начало прошлого века.

Первые достижения в области воздействия различных частот на вирусы, бактерии, гельминты, грибы и простейшие, принадлежат Ройялу Раймонду Райфу (США), который более двух десятилетий провел в крайне трудоемких исследованиях и обнаружил невероятно простой подход к лечению буквально каждой болезни на планете, вызванной паразитами (вирусами, бактериями и др.). Он определил, что любые микроорганизмы, в том числе и возбудители различных заболеваний, имеют каждый свою резонансную частоту. Если на него воздействовать такой же частотой, но большей мощности – микроорганизм погибает.

Образно говоря, задача такой терапии – путем трансляции специфических частот провести дезактивацию внедрившихся в организм человека грибков, вирусов, бактерий, простейших, гельминтов, и обеспечить выведение образовавшихся в результате их гибели, токсинов из организма без вреда для последнего.

Резонансно-частотная терапия позволяет эффективно лечить заболевания, вызванные любыми видами возбудителей, различной формы локализации в органах и тканях, на всех стадиях процесса, без вреда для организма человека. Этот принцип реализован в приборах серии антипаразитарной терапии «DETA-AP».

### Возможности прибора «DETA-Professional»

Основной проблемой современной медицины является установление правильного диагноза. Симптоматическое лечение, без выявления причины заболевания, зачастую оказывается неэффективным, а порой и вредным.

«DETA-Professional» – медицинский комплекс для электроакупунктурной диагностики, медикаментозного тестирования, электроакупунктурной и электромагнитной терапии, биорезонансной терапии.

«DETA-Professional» позволяет:

- измерять электрические параметры биологически активных зон (БАЗ) по методу Р.Фоля;
- измерять электрические параметры биологически активных точек (БАТ) по методу Р.Фоля (в т.ч. корпоральных, головных, и аурикулярных точек);
- проводить топическую, синдромальную, нозологическую и локальную диагностику;
- проводить медикаментозное тестирование (оценку действия различных фармакологических и нефармакологических средств на организм человека);
- проводить медикаментозное тестирование при помощи встроенного медикаментозного сектора «DETA-Pharma»;
- проводить вегетативный резонансный тест по методу Х. Шиммеля;
- проводить энергоинформационный перенос (перезапись) лекарственных свойств различных препаратов (гомеопатических препаратов, нозодов, органопрепаратов, токсинов и т.д.) на различные носители (воду, спирт, гомеопатическую крупку и т.д.) с возможностью приготовления аутонозода;
- проводить электоракупунктурную терапию;
- проводить электромагнитную терапию;
- проводить биорезонансную терапию по методу Ф.Морреля и Э.Раше;
- проводить комплексную терапию (режим, при котором проводится биорезонансная терапия совместно с электромагнитной терапией при подключенном аутонозоде и препаратах медикаментозного селектора).

### Использование биорезонансной терапии в спорте

Использование биорезонансной терапии в спорте имеет целый ряд преимуществ перед медикаментозными методами:

- возможности DETA-медицины неограниченны;
  - в организм не привносится никаких химических веществ, а результат достигается за счет активизации собственных ресурсов организма;
  - применение приборов DETA никаким образом не изменяет и кардинально не меняет тренировочный процесс, но является существенным конструктивным дополнением к нему;
  - наконец, DETA-терапия не является допингом, поскольку речь идет о гармонизации процессов самого организма.
- Все процессы в спортивной деятельности имеют определенное чередование. Это режимы отдыха, сборов, предсоревновательный,

предстартовый, восстановление после старта. Отдельно рассматриваются режимы восстановления после травм и режим купирования инфекционных поражений спортсменов.

По роду движений мы смогли скомпоновать все виды спорта в пять категорий.

### Спортивные игры

Спортивные игры характеризуются скоростно-силовыми движениями сложного типа переменной мощности и предъявляют повышенные требования к аэробным возможностям организма, требуют проявления специальных качеств (быстроты, силы, ловкости, общей и специальной выносливости). Спортивные игры предъявляют большие требования к подвижности нервных процессов и характеризуются быстрой сменой напряжения и расслабления мышц, точной координации движения. Эти особенности и являются решающими факторами в построении и применении DETA-терапии в этих видах спорта.

Специфика вида спорта подразумевает короткий подготовительный период и длительный соревновательный период, в течение которого необходимо длительно поддерживать высокую функциональную готовность спортсменов. В связи с этим предлагается (на примере футбола) следующий алгоритм решения вопроса.

Межсоревновательный режим:

- утро – Активная защита;
- вечер – Глубокая очистка.

Предсоревновательный режим «Режим сборов»:

В ночное время режимы «DETA-Ritm»:

- Почки;
- Бронхолегочная система;
- Сердце;
- Кровообращение;
- Мышцы;
- Глубокая очистка.

За один день до игры:

- утром – Активная защита; Кровообращение;
- вечером – Глубокая очистка, Антистресс.

В день игры (старта):

- утром – Активная защита; Кровообращение;
- за три часа до старта – Витализация 1; Витализация 2; Антиболь.

После старта на следующий день использует программы прибора «DETA-AP»:

- Детоксикация;
- Дренаж печени;
- Дренаж почек;
- Поддержка печени и почек.

### Скоростно-силовые виды спорта, связанные с проявлением выносливости, искусства движений

К таковым относятся прыжки в воду, фехтование, спортивная гимнастика, лыжный спорт, фигурное катание и т.д. Эти виды спорта подразумевают длительный подготовительный и короткий соревновательный периоды.

В тренировочном периоде приборы «DETA-Ritm» следует использовать ежедневно, желательно в ночное время, с применением определенных режимов:

- Почки;
- Печень;
- Бронхолегочная система;
- Кровообращение;
- Мышцы.

В ночь перед стартом – Антистресс.

Утром в день старта – Витализация 1; Витализация 2; Антиболь.

Если предусмотрено два и более старта в день, перед повторным стартом – Витализация 1.

На следующий день после стартов – детоксикационные мероприятия при помощи следующих программ прибора «DETA-AP»:

- Детоксикация;
- Дренаж печени;
- Дренаж почек;
- Поддержка печени и почек.

### Единоборства

Все виды единоборств характеризуются нестандартными ациклическими движениями переменной интенсивности, связанными с использованием больших мышечных усилий при активном противодействии соперника.

В момент соревнований преобладают статические усилия соответствующих групп мышц. Определяющую роль в победе играют быстрота реакции и движений, адаптация к болевым ощущениям.

В межсезонье (режим отдыха спортсменов) важно использовать режимы:

- утром – Активная защита; Кровообращение;
- вечером – Глубокая очистка.

В режим сборов:

- в ночное время – Почки; Бронхолегочная система; Сердце; Кровообращение; Мышцы; «Глубокая очистка»;

- утром – Активная защита; Витализация 1; Витализация 2; Антиболь.

В режиме стартов:

- утром – Активная защита, Витализация 1, Антиболь.

Между поединками (подходами) – Антиболь, Витализация 1.

### Циклические виды спорта

Характеризуются прежде всего разнообразием видов и наличием в них различных физических упражнений со стереотипными циклическими (бег, спортивная ходьба), ациклическими (метание, прыжки) и ситуационными движениями.

Особенно большие требования в этих видах спорта предъявляются к дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной, и мышечной системам.

Данные виды спорта имеют тенденцию к длительному подготовительному периоду и короткому соревновательному периоду. Работа в подготовительном периоде определяет конечный результат соревновательного периода. Задача тренировочного процесса – за длительное время вывести спортсмена на пик физической формы на период 2-4 дня.

Для этого используется тренировочный (предсоревновательный) режим:

- утром – Активная защита; Кровообращение;
- днем в перерыве между тренировками – Бронхолегочная система; Сердце; Мышцы;
- вечером (перед сном) – Кровообращение, Глубокая очистка, Антистресс.

В день перед стартом:

- утром – Активная защита, Кровообращение;
- вечером – Антистресс.

В день старта:

- утром – Витализация 1, Витализация 2, Антиболь;

- после старта – Детоксикация организма.

В случае выступления на следующий день:

- утром – Активная защита, Витализация 1, Витализация 2, Антиболь;

- вечером – Детоксикация организма.

### Военно-прикладные виды спорта

Данные виды спорта (включающие в себя подводное плавание, пожарно-прикладное многоборье, офицерское многоборье) обладают определенным качеством – ассимилируют в себе все лучшее из всех видов спорта. Их задача – подготовка универсальных спортсменов и солдат.

Режим межсезонья:

- утром – Активная защита; Кровообращение;
- вечером – Глубокая очистка.

В режим сборов:

- в ночное время – Почки; Бронхолегочная система; Сердце; Кровообращение; Мышцы; Глубокая очистка;

- утром – Активная защита; Витализация 1; Витализация 2; Антиболь.

Режим стартов:

- в ночь перед стартом – Глубокая очистка; Антистресс;

- утром – Витализация 1; Витализация 2; Антиболь.

Предлагаемые программы имеют некоторые изменения по сравнению с базовыми, а именно:

1. Активная защита – частоты 2,2 ; 10; 12,5; 19,5; 26; 49; 55; 92,5.

2. Почки – 2,2; 2,8; 3,3; 8,1; 9,2; 54; 54,25; 54,50.

3. Бронхолегочная система – 9; 4; 8; 9,4; 9,45; 58,5; 59; 72.

4. Сердце – 1,2; 3,8; 6; 8; 9,45; 10; 40; 50.

5. Кровообращение – 2,2; 7; 9,4; 19,5; 40,5; 46; 50; 50,5.

6. Мышцы – 4; 10; 45; 47,5; 50; 50,5; 52,5; 99,5.

7. Глубокая очистка – базовая программа.

8. Витализация 1 – базовая программа.

9. Витализация 2 – 2,2; 10; 40,3; 42,7; 43,5; 43,7; 45; 77,5.

10. Антиболь – 3,8; 4; 4,9; 5,5; 8; 9,4; 9,5; 9,6.

### Восстановительный режим

Работа в восстановительном режиме предусматривает работу определенных направлений. В первую очередь это реабилитация после экстремальных физических и психологических нагрузок, что включает в себя целый комплекс мероприятий, необходимых для скорейшего восстановления спортсмена. Применение DETA-терапии ни в коем случае не является антагонистом всем ранее известным методам восстановления (баня, массаж, психотерапия). Однако с ее помощью можно избежать привнесения в организм химических веществ (анаболики, стероиды, ферменты, гормональные препараты), и при этом добиться восстановления спортсмена в кратчайший срок.

Применение детоксикационных программ позволяет за минимальное время освободить организм от продуктов ускоренной жизнедеятельности (режим стартов) и вывести его на уровень подготовки к следующим стартам.

При этом, используя прибор «DETA-Professional», можно достоверно оценить состояние здоровья спортсмена, функциональной готовности организма к будущим нагрузкам – для дальнейшего планирования восстановительного и тренировочного периодов.

### Применяемые программы:

«DETA-AP» – Лимфодренаж, Детоксикация,

Дренаж печени, Дренаж почек, Поддержка печени и почек;

«DETA-Ritm»:

- утром – Активная защита, Кровообращение;
- вечером – Глубокая очистка, Антистресс.

## Реабилитация

### В посттравматическом периоде

В данном разделе отдельно рассмотрим возможности приборов DETA в реабилитационном периоде после травм различного происхождения.

В зависимости от характера травм (на усмотрения доктора спортсмена) могут применяться следующие режимы на приборах «DETA-Ritm» и «DETA-Professional»:

- Боли в мышцах вокруг суставов;
- Боли в суставах;
- Боль в колене и запястье;
- Большого пальца руки сустав;
- Воспаление острое;
- Воспаление 1;
- Воспаление 2;
- Гематома (кровоизлияние);
- Костей лечение;
- Костей лечение после переломов;
- Края раны воспаление;
- Кровоизлияние. Контузии. Травмы;
- Локоть;
- Локоть теннисиста;
- Локтевого сустава воспаление;
- Мышц защемление;
- Остеопатия посттравматическая;
- Отеки;
- Паховая грыжа;
- Переломы (срачивание);
- Плечевой сустав;
- Плохо идущий процесс излечения;
- Черепно-мозговые травмы;
- Спазмы различного генеза;
- Тазобедренный сустав;

- Травмы реабилитации;
- Частоты для суставов.

Практически доказано, что восстановление после травмы при применении приборов «DETA» происходит в 2-3 раза быстрее и с лучшим качеством. Спортсмен значительно быстрее возвращается к активной деятельности.

## Лечение и профилактика инфекционных заболеваний

Ни для кого не секрет, что зачастую титанический труд спортсмена и тренера ставится под угрозу или перечеркивает в самый неподходящий момент банальной простудой или кишечной инфекцией. Даже самый подготовленный спортсмен не в состоянии реализовать свои потенциальные возможности в подобных ситуациях. А в спорте высших достижений это еще и большие финансовые потери.

Невозможно применять препараты из-за риска быть уличенным в применении стимуляторов. В таких случаях приборы серии «DETA» просто незаменимы. С их помощью можно оперативно выявить причину возникшей проблемы и быстро (от нескольких часов до одних суток) ее устранить, что позволит спортсмену сохранить соревновательную форму на высоком уровне.

Выявление и определение проблем, связанных с инфицированием спортсменов предполагается при помощи прибора «DETA-Professional» Дальнейшая терапия проводится по результатам обследования при помощи «DETA-AP».

## Заключение

В изложенных рекомендациях есть только общие указания к применению приборов серии «DETA» в спортивных дисциплинах. Предполагается обучение спортивных врачей новой методике DETA-терапии.

Выявленные возможности DETA-терапии позволяют применять данный метод в подготовке спортсменов различной специализации и квалификации. Но только профессиональное, квалифицированное наблюдение спортивного врача в содружестве с тренером позволит планомерно подвести спортсмена к наивысшим результатам.

## Приложение

В течение года спортсмен-пловец Константин Скляр (Кривой Рог, категория «мастер», возрастная группа 40-44 года) в ходе подготовки к соревнованиям наряду с обычным тренировочным режимом получал сеансы DETA-терапии. Динамика роста достижений спортсмена показана в таблице.

Соревнование	Место и дата проведения	Дисциплина и результаты			
		200 м на спине	200 м вольный стиль	400 м вольный стиль	800 м вольный стиль
VII открытый чемпионат Донбасса	Донецк, 7-9 мая 2010 г.	3:03.28	2:31.22	5:29.25	11:35.54
Кубок России	Ярославль, 4-6 ноября 2010 г.	-	-	-	10:31.53
XX открытый чемпионат России	Пермь, 15-17 апреля 2011 г.	-	-	5:06.26	10:40.51
VIII открытый чемпионат Донбасса	Донецк, 5-9 мая 2011 г.	3:00.31	2:22.93	5:05.03	10:40.00
Чемпионат Европы	Ялта 5-9 сентября 2011 г.	-	-	-	10:42.05

Интересно также оценить результат спортсмена на чемпионате Европы с разбивкой по отрезкам дистанции в сравнении с показателями других спортсмен-мен.

Очевидно, что ровный темп сумели сохранить победитель и Константин Скляр, в то время как у соседней Скляра по итоговой таблице наблюдается значительное снижение темпа к концу дистанции.

Спортсмен	Стефан Камлаге		Гейр Инге Риммерайд		Кристиан Афенцеллер		Константин Скляр		Михаэль Эйгнер		Лассе Лахтинен	
	Германия		Норвегия		Австрия		Украина		Австрия		Финляндия	
Итоговое место	I		VI		VII		VIII		IX		XI	
	полное время	время на 50 м	полное время	время на 50 м	полное время	время на 50 м	полное время	время на 50 м	полное время	время на 50 м	полное время	время на 50 м
50	0:32.93	32.93	0:34.09	34.09	0:33.98	33.98	0:37.10	37.10	0:36.67	36.67	0:35.00	35.00
100	1:08.78	36.39	1:11.03	36.94	1:10.83	36.47	1:17.22	43.13	1:15.20	41.11	1:15.25	41.16
150	1:44.85	36.07	1:50.03	39.00	1:50.08	39.25	1:57.38	40.16	1:55.29	40.39	1:57.67	42.42
200	2:21.02	36.17	2:29.31	39.28	2:29.28	39.20	2:38.16	41.78	2:36.34	40.75	2:40.41	42.74
250	2:57.59	36.57	3:08.36	39.05	3:09.82	40.54	3:18.66	39.50	3:18.24	41.90	3:23.85	43.33
300	3:34.06	36.47	3:46.93	38.57	3:49.76	39.94	3:59.54	40.88	4:00.09	41.85	4:07.26	43.41
350	4:11.08	37.02	4:26.05	39.12	4:30.39	40.63	4:40.32	40.78	4:42.65	42.56	4:51.32	44.06
400	4:48.06	36.98	5:04.91	38.86	5:12.81	42.42	5:21.10	40.78	5:24.25	41.60	5:35.68	44.36
450	5:25.21	37.15	5:43.72	38.81	5:55.63	42.82	6:01.94	40.84	6:06.61	42.36	6:19.75	44.07
500	6:02.18	36.97	6:22.79	39.07	6:37.87	42.24	6:42.95	41.01	6:48.31	41.70	7:03.58	43.83
550	6:39.50	37.32	7:02.37	39.58	7:19.13	41.26	7:23.81	40.86	7:31.23	42.92	7:47.51	43.93
600	7:16.48	36.98	7:43.42	41.05	8:00.33	41.20	8:04.69	40.88	8:12.91	41.68	8:30.22	42.71
650	7:53.30	36.82	8:23.89	40.47	8:36.42	36.09	8:45.43	40.74	8:54.08	41.17	9:13.31	43.09
700	8:30.76	37.46	9:04.99	41.10	9:14.43	38.01	9:25.68	40.25	9:36.86	42.78	9:55.56	42.25
750	9:07.71	36.95	9:45.51	40.52	9:52.32	37.89	10:05.65	39.97	10:18.80	41.94	10:36.50	40.94
800	9:43.70	35.99	10:22.39	36.88	10:34.87	42.55	10:42.05	36.40	10:58.68	39.88	11:15.39	38.39

Д.м.н. Терегулова З.С.  
К.м.н. Семений А.Т.  
К.м.н. Школьная О.Н.  
Врач Исхакова А.Ф.

ГОУ ВПО Башгосуниверситет

ООО НПЦИиОМ «Образ Здоровья». Зеленоград, (499)732-29-43 www.lido-zel.ru

## Эффективность применения аппаратов «DETA-Ritm» и «DETA-AP» в комплексном лечении лямблиоза у детей и взрослых

### Аннотация

Целью данной работы было определение клинической эффективности аппаратов серии Deta при различных формах лямблиоза у взрослых и детей в качестве монотерапии и в составе комплексного лечения. Показан более высокий клинический эффект совместного применения аппаратов «Deta-AP» и «Deta-Ritm» при лямблиозе по сравнению с традиционными методами лечения.

### Введение

Лямблиоз – широко распространенное протозойное заболевание, течение которого может варьировать от субклинической до тяжелой формы и возникает вследствие поражения лямблиями тонкого кишечника и печени.

Многообразие факторов передачи лямблиоза, наличие дополнительных (кроме человека) источников инвазии, высокая интенсивность выделения возбудителя, значительная обсемененность объектов внешней среды цистами лямблий, длительные сроки выживаемости цист, низкая заражающая доза и высокая восприимчивость к лямблиям способствуют широкому распространению лямблиоза среди людей.

Среди взрослого населения в развитых странах инвазированность лямблиями составляет 3-5%, а в развивающихся – свыше 10%. Зараженность лямблиями детей в 2-5 раз превышает зараженность взрослых. Дети могут заражаться лямблиями уже с 1 месяца жизни. Это связано с отсутствием у них иммунитета, более высоким уровнем пристеночного пищеварения, нередко с низким уровнем гигиенических навыков у матери. Последнее объясняет значительную пораженность лямблиозом детей в детских дошкольных учреждениях – до 20-40%.

### Методы диагностики и лечения

Самым доступным методом лабораторной диагностики лямблиоза является копрологиче-

ское исследование. Однако следует отметить, что цисты лямблий в кале можно обнаружить не всегда. Кроме этого, желательнее провести исследование дуоденального содержимого. А также проводится серологическая диагностика лямблиоза, когда специфические антитела обнаруживаются в крови через 2-4 недели после заражения. Таким образом, диагностика лямблиоза на сегодняшний день – дело хлопотное, длительное и малодостоверное, впрочем также как и лечение, которое состоит из 3 этапов и чревато возникновением токсико-аллергических реакций.

Первый этап – ликвидация токсикоза, улучшение ферментативной активности кишечника, коррекция иммунологического статуса. В зависимости от степени выраженности симптомов заболевания 1 этап проводится на протяжении 1-2 недель и включает: диету, которая направлена на создание условий, ухудшающих размножение лямблий (каши, сухофрукты, овощи, растительное масло); ограничение употребления углеводов; прием желчегонных препаратов; назначение энтеросорбентов; ферментотерапия (по результатам копрограммы); антигистаминные препараты.

Второй этап – противопаразитарная терапия препаратами, воздействующими на простейших: трихопол, фуразолидон, тиберал. Прием антигистаминных препаратов и энтеросорбентов продолжается в течение всей противолямблиозной терапии.

Третий этап – повышение защитных сил организма и создание условий, которые препятствуют размножению лямблий в кишечнике и желчном пузыре. Для этого назначается диета, которая улучшает перистальтику кишечника (крупяные каши, овощные и фруктовые пюре, печеные яблоки, свежие фрукты и овощи, кисломолочные продукты). Для коррекции иммунного ответа назначаются растительные адаптогены, поливитаминные комплексы. Для ликвидации

дисбиоза кишечника, ферментопатии назначают пробиотики, пребиотики, ферментные препараты. Третий этап занимает в среднем 2-3 недели.

Учитывая вышесказанное, нами была принята попытка оптимизации диагностического и лечебного процесса при лямблиозе у взрослых и детей с помощью новых медицинских технологий, предоставленных в наше распоряжение НПП «ЭЛИС».

### Цель исследования

Оценить возможности совместного применения аппаратов «Deta-AP» и «Deta-Ritm» в медицинской практике при лямблиозе у взрослых и детей.

### Задачи исследования

1. Определить клиническую эффективность применения аппарата «Deta-AP» при остром течении кишечной формы лямблиоза в качестве монотерапии.

2. Исследовать клиническую эффективность применения аппарата «Deta-AP» при остром течении лямблиоза в составе комплексного лечения.

3. Исследовать клиническую эффективность применения аппарата «Deta-AP» при гепатобилиарном синдроме хронического течения лямблиоза.

4. Исследовать клиническую эффективность о применении аппаратов «Deta-AP» и «Deta-Ritm» в составе комплексного лечения при гепатобилиарном синдроме хронического течения лямблиоза.

5. Исследовать клиническую эффективность применения аппаратов «Deta-AP» при астеноневротическом синдроме хронического течения лямблиоза.

6. Исследовать клиническую эффективность совместного применения аппаратов «Deta-AP» и «Deta-Ritm» в составе комплексного лечения при астеноневротическом синдроме хронического течения лямблиоза.

7. Оценить безопасность применения аппаратов Deta при лямблиозе.

**Вид исследования:** открытое, нерандомизированное, сравнительное.

### Материал и методы

Под наблюдением находилось 48 пациентов. Обследование и лечение проводилось на основе информированного добровольного согласия больного или родителей ребенка на основании Приказа №163 (ОСТ 91500.14.0001-2002) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

По полу и возрасту среди них было 8 мужчин и 20 женщин в возрасте от 22 до 65 лет и 20 детей в возрасте от 1,5 до 15 лет. Диагноз лямблиоз

устанавливался клинически с подтверждением данными бактериологического и иммунологического исследований.

Группы наблюдения были сопоставимы по полу, возрасту, нозологическим формам, тяжести основного заболевания и выраженности клинических проявлений лямблиоза. Для всех клинических форм лямблиоза под наблюдение подбирались пациенты с кишечной формой острого лямблиоза, с гепатобилиарной и астеноневротической формами хронического лямблиоза.

Группа сравнения (исключительно медикаментозное лечение) составила 20 человек (5 мужчин и 5 женщин в возрасте от 25 до 55 лет и 10 детей в возрасте от 3 до 10 лет) с кишечной формой острого течения лямблиоза, 20 человек (4 мужчин и 6 женщин в возрасте от 22 до 55 лет и 10 детей в возрасте от 3 до 10 лет) с гепатобилиарной формой хронического течения лямблиоза, и, соответственно, 20 человек (4 мужчин и 6 женщин в возрасте от 25 до 55 лет и 10 детей в возрасте от 3 до 10 лет) с астеноневротической формой хронического течения лямблиоза.

### Методика лечения

Перед процедурой лечения проводилась подготовка аппаратов «Deta-AP» и «Deta-Ritm» к работе в соответствии с указаниями руководства по эксплуатации устройства. При проведении сеанса аппарат располагался в радиусе 20-30 см от эпигастральной области.

Длительность курса лечения с кишечной формой острого лямблиоза составляла 5-7 дней (7 дней у детей). Длительность процедуры – 22 мин, кратность – 1 сеанс в день для «Deta-AP».

У взрослых – ежедневно или с 1-2 дневным перерывом после двух сеансов с последующей установкой программы «дренаж».

У детей – 3 дня подряд, 2 дня перерыв, 4 дня подряд с последующей установкой программы «дренаж» (40 мин.)

Курс с гепатобилиарной формой хронического лямблиоза – 10-14 дней с последующей установкой программы «дренаж» (40 мин.)

Курс с астеноневротической формой хронического лямблиоза – 10-14 дней с последующей установкой программы «дренаж» (40 мин.)

Длительность процедуры прибором «Deta-Ritm» при хроническом течении лямблиоза определялась временем входящих программ:

- для гепатобилиарной формы: «Боль в животе» (40 мин.) и «Иммунная система» (40 мин.), количество сеансов 10-14;

- для астеноневротической формы: «ВСД» (40 мин.) и «Иммунная система» (40 мин.), количество сеансов 10-14.

**Оценка лечебной эффективности** различных методов коррекции лямблиоза прово-



дилась путем ежедневных клинических осмотров, включающих оценку общего состояния, в том числе: бледности кожных покровов, метеоризма, кишечных колик, диареи, урчания в животе, болей при пальпации области живота; болей в области правого подреберья при пальпации, диареи или запоров, утомляемости, головной боли (у детей до 3-х лет эквиваленты головной боли – плаксивость и снижение эмоционального тонуса), нарушения сна, раздражительности.

**Таблица 1**

**Динамика основных клинических симптомов, иммунологических показателей и показателей активности органов ЖКТ, определяемой методом акупунктурной диагностики по Фоллю у больных кишечной формой острого лямблиоза**

Симптомы		1 группа «Deta-AP» №=12		2 группа «Deta-AP» + «Deta-Ritm» №=12		3 группа Медикаментозный комплекс №=20	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Бледность кожных покровов	До лечения	9	75	10	83,3	16	80
	После лечения	3	25	6	50	10	50
Метеоризм	До лечения	8	66,7	8	66,7	16	80
	После лечения	1	8,3	2	16,7	4	20
Кишечные колики	До лечения	5	41,7	6	50	11	55
	После лечения	1	8,3	2	16,7	5	25
Диарея	До лечения	4	33,3	4	33,3	8	40
	После лечения	1	8,3	0	0	5	10
Урчание в животе	До лечения	8	66,7	7	58,3	12	60
	После лечения	2	16,7	1	8,3	4	20
Боли в животе при пальпации	До лечения	10	83,3	10	83,3	16	80
	После лечения	2	16,7	1	8,3	7	35
ИФА высокий титр специфических антител по IgG	До лечения	8	66,7	9	75	16	75
	После лечения	4	33,3	2	16,7	5	25
	Через 3 месяца	1	8,3	1	8,3	4	20
ЭАПД по Фоллю (средние показатели)							
SPED 3-dex	До лечения	12-25		13-27		13-28	
	После лечения	30-40		35-47		35-40	
IG -4 -dex	До лечения	10-25		12-27		12-28	
	После лечения	30-45		40-50		25-45	
IG -4 -sin	До лечения	25-30		20-30		25-40	
	После лечения	38-45		35-50		35-40	

### Выводы

Из клинических проявлений острого течения кишечной формы лямблиоза отмечено:

В 1-й группе наибольшая динамика при начальном проявлении метеоризма (уменьшение в 8 раз) и болей при пальпации живота (уменьшение в 5 раз), заметно сократились проявления урчания в животе (4 раза) и бледности кожных покровов (3 раза); кишечные колики и диарея сократились в 2 раза. Показатели титра специфических антител сократились в 2 раза. Акупунктурные показатели улучшились на 10-20 единиц.

Из лабораторных исследований осуществлялись бактериоскопическое исследование кала на цисты лямблий и ИФА на антитела к лямблиям.

Поскольку выявляемость цист лямблий при бактериоскопическом исследовании невысока (по статистическим данным – до 20%) и зависит от субъективных факторов, в карту обследования данный метод не был включен.

Из аппаратных методов обследования проводилась фиксация электрического потенциала точек SPED 3-dex, IG -4 dex и sin, ND-3 dex и sin, ND-4 dex и sin.

Во 2-й группе боль при пальпации живота сократилась в 10 раз, урчание – в 7 раз, бледность кожных покровов – в 5 раз, метеоризм – в 4 раза, кишечные колики – в 3 раза. Показатели титра специфических антител сократились в 5 раз. Акупунктурные показатели улучшились на 15-25 единиц.

В 3-й группе положительная динамика проявилась в уменьшении метеоризма и диареи (в 4 раза), урчания – в 3 раза, проявления остальных симптомов сократились в 2 раза. Показатели титра специфических антител сократились в 3 раза. Акупунктурные показатели улучшились на 5-7 единиц.

**Таблица 2**

**Динамика основных клинических симптомов, иммунологических показателей и показателей активности органов ЖКТ, определяемой методом акупунктурной диагностики по Фоллю у больных гепатобилиарной формой хронического лямблиоза**

Симптомы		1 группа «Deta-AP» №=8		2 группа «Deta-AP» + «Deta-Ritm» №=8		3 группа Медикаментозный комплекс №=20	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Бледность кожных покровов	До лечения	7	87,5	6	75	16	80
	После лечения	2	25	1	12,5	14	70
Боли в области правого подреберья	До лечения	8	100	8	100	18	90
	После лечения	1	12,5	1	12,5	6	30
Чувство горечи во рту	До лечения	5	62,5	4	50	11	55
	После лечения	1	12,5	0	0	8	80
Диарея или запоры	До лечения	4	50	3	37,5	8	40
	После лечения	2	25	1	12,5	11	55
Урчание в животе	До лечения	8	100	7	87,5	12	60
	После лечения	2	25	1	12,5	4	20
ИФА высокий титр специфических антител по IgG	До лечения	7	87,5	6	75	16	80
	После лечения	5	50	3	37,5	12	60
	Через 3 месяца	2	25	1	12,5	8	40
ЭАПД по Фоллю (средние показатели)							
SPED 3-dex	До лечения	10-25		10-27		10-28	
	После лечения	30-40		35-45		30-35	
IG -4 -dex	До лечения	10-25		12-27		12-28	
	После лечения	30-45		40-50		25-40	
IG -4 -sin	До лечения	10-30		20-30		25-30	
	После лечения	38-45		35-50		25-30	

### Выводы

**В 1-й группе** среди клинических проявлений почти полностью исчезли боли в области правого подреберья и в 5 раз сократилось проявление чувства горечи во рту, в 3 раза уменьшились проявления бледности кожных покровов и урчания в животе, диарея (запор) стали встречаться в 2 раза реже. Титры специфических антител в динамике сократились в 3 раза. Акупунктурные показатели увеличились на 10-15 единиц.

**Во 2-й группе** полностью исчезли проявления болей в области правого подреберья, в 6

раз сократились проявления бледности кожных покровов, в 4 раза – урчание в животе, в 3 раза диарея (запор). Титры специфических антител в динамике сократились в 5 раз. Акупунктурные показатели увеличились на 25-30 единиц.

**В 3-й группе** в 3 раза сократилось урчание в животе и боли в области правого подреберья, в 1,5-2 раза чувство горечи и диарея (запор), в то время как бледность кожных покровов сохранилась почти у всей группы. Титры специфических антител в динамике сократились в 2 раза. Акупунктурные показатели уменьшились (ухудшились) в среднем на 5 единиц.

**Таблица 3**

**Динамика основных клинических симптомов, иммунологических показателей и показателей активности органов ЖКТ и нервной системы, определяемой методом акупунктурной диагностики по Фоллю у больных с астеноневротической формой хронического лямблиоза**

Симптомы		1 группа «Deta-AP» №=10		2 группа «Deta-AP» + «Deta-Ritm» №=8		3 группа Медикаментозный комплекс №=20	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Бледность кожных покровов	До лечения	7	70	6	75	18	90
	После лечения	2	20	1	12,5	12	60
Утомляемость	До лечения	9	90	8	100	18	90
	После лечения	2	20	1	12,5	10	50
Головная боль	До лечения	5	50	4	50	12	60
	После лечения	1	10	0	0	8	40

Нарушения сна	До лечения	4	40	3	37,5	10	50
	После лечения	2	20	1	12,5	10	50
Раздражительность	До лечения	3	30	4	50	10	50
	После лечения	2	20	1	12,5	8	40
ИФА высокий титр специфических антител по IgG	До лечения	8	80	6	75	16	80
	После лечения	3	30	2	25	12	60
	Через 3 месяца	2	20	0	0	6	30
ЭАПД по Фоллю (средние показатели)							
SPED 3-dex	До лечения	12-55		13-27		13-28	
	После лечения	30-40		35-47		35-40	
IG -4 -dex	До лечения	10-25		12-27		12-28	
	После лечения	30-45		40-50		25-45	
IG -4 -sin	До лечения	25-30		20-30		25-40	
	После лечения	38-45		35-50		35-40	
ND -3 -dex	До лечения	20-30		20-30		20-30	
	После лечения	25-40		35-45		25-30	
ND -3 -sin	До лечения	20-30		20-30		20-30	
	После лечения	25-40		35-45		25-30	
ND -4 -dex	До лечения	15-25		15-25		20-25	
	После лечения	20-35		35-45		20-25	
ND -4 -sin	До лечения	15-25		15-25		15-25	
	После лечения	20-35		35-45		15-20	

## Выводы

В 1-й группе обследуемых значительно сократилась частота проявления головной боли (в 5 раз), в 4 раза уменьшилась утомляемость, в 3 раза – бледность кожных покровов, в 2 раза улучшился сон, в то время как у большинства сохранилась раздражительность. Титры специфических антител в динамике сократились в 4 раза. Акупунктурные показатели увеличились на 15-20 единиц.

Во 2-й группе после проведенного лечения никто не жаловался на головную боль, более заметно исчезли утомляемость (в 8 раз) и проявления бледности кожных покровов (в 6 раз), раздражительность снизилась в 4 раза, нарушение сна – в 3 раза. Титры специфических антител в динамике сократились в 5 раз и полностью «ушли» через 2-3 мес. Акупунктурные показатели увеличились на 25-30 единиц.

В 3-й группе все показатели сократились в 1,5-2 раза, однако почти у всех сохранилось нарушение сна. Титры специфических антител в динамике сократились в 3 раза, но у 1/3 обследованных сохранялись по истечению 3-х месяцев. Акупунктурные показатели увеличились на 5-10 единиц в сравнении с исходными данными.

## Переносимость

Следует отметить хорошую переносимость лечения аппаратами Deta, отсутствие общих и местных побочных реакций при лечении острой и хронической форм лямблиоза. Из субъективных ощущений при кишечной форме острого лямблиоза в 5 случаях (40%) наблюдалось непер-

должительное чувство «жара» в эпигастральной области, в 1/3 – появление или усиление боли в эпигастральной области на период 10-15 минут при проведении первых 1-3 сеансов прибором «Deta-AP».

Аппаратная терапия прибором «Deta-AP» и «Deta-Ritm» не оказывали негативного влияния на течение сопутствующей патологии, имевшейся у наблюдаемых пациентов.

## Заключение

Аппарат «Deta-AP» по своим функциональным и эксплуатационным качествам полностью отвечает требованиям медицинской практики в области лечения кишечной формы острого, а также всех форм хронического лямблиоза.

Аппарат «Deta-AP» показывает более высокий клинический эффект как в виде монотерапии, так и в комплексе с медикаментозной терапией, по сравнению с традиционными методами лечения.

При гепатобилиарном синдроме хронического лямблиоза отмечается более высокий клинический эффект при одновременном применении аппаратов «Deta-AP» и «Deta-Ritm» в сравнении с применением аппарата аппаратов «Deta-AP» в качестве монотерапии.

Противопоказаний к использованию аппаратов Deta («Deta-AP» и сочетание «Deta-AP» с «Deta-Ritm») у пациентов с острой и хронической формой лямблиоза не выявлено.

Возможно и целесообразно совместное использование аппаратов Deta в стационарных, амбулаторных и домашних условиях.

Л.В. Боровкова

А.А. Игнатьев

Е.В. Челнокова

Кафедра акушерства и гинекологии ФПКВ и ПО ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития»

# DETA-терапия в комплексном лечении воспалительных заболеваний, ассоциированных с инфекциями, передающимися половым путем

В настоящее время одной из самых актуальных проблем акушерско-гинекологической практики является широкое распространение инфекций, передающихся половым путем (ИППП), которые оказывают неблагоприятное влияние на репродуктивную функцию женщин, а также ухудшают перинатальные исходы у их потомства.

Основными возбудителями ИППП являются: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Herpes I, II*, цитомегаловирус (ЦМВ), вирус папилломы человека (ВПЧ).

Распространение ИППП в мире колоссально. Ежегодно трихомониаз диагностируется у 174 млн., хламидиоз – у 92 млн., гонорея – у 62 млн., сифилис – у 12 млн., уреаплазмоз – у 174 млн. человек [1, 2, 3].

ИППП влекут за собой тяжелые последствия для здоровья женщины. В 60% случаев генитальные инфекции являются причиной воспалительных заболеваний органов малого таза. Наиболее частыми последствиями также являются бесплодие и внематочная беременность.

ИППП вызывают разнообразную акушерскую патологию: неразвивающуюся беременность, привычное невынашивание беременности, преждевременный разрыв плодного пузыря, преждевременные роды, послеродовый эндометрит, хориоамнионит, плацентит, внутриутробное инфицирование плода, внутриутробную гибель плода, пороки развития плода, неудачи в попытках экстракорпорального оплодотворения [1, 4, 5, 6].

Эффективность медикаментозного лечения зависит от правильного подбора препарата и чувствительности возбудителя заболевания. При правильном подходе терапии эффективность достигает 99%. Однако, учитывая массовое использование антибиотиков при различных патологических процессах, обращено внимание на значительное снижение эффективности даже самых современных антибактериальных препаратов.

Лечение ИППП является дорогостоящим, длительным, далеким от совершенства и во многом негативно влияющим на организм пациентки. Необходима разработка новых методов лечения, которые бы исключали подобные недостатки и отвечали бы всем современным требованиям.

Наиболее перспективным методом лечения ИППП является Deta-терапия.

Работа прибора «Deta-AP» основана на эффекте низкочастотной электромагнитной терапии, которая активизирует собственные оздоровительные процессы организма, восстанавливает и поддерживает иммунную систему. Электромагнитное поле определенной частоты точно воздействует на первопричину заболевания: вирусы, бактерии, простейшие. В приборе используется электромагнитное поле мощностью 3 мВт, несущей частотой 27 МГц, модулирующей частотой 0,1-10 кГц, с напряжением электромагнитного поля на корпусе прибора 8 В. [7, 8].

Цель исследования – изучить клиническую эффективность Deta-терапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний шейки матки, ассоциированных с инфекциями, передающимися половым путем.

## Материалы и методы

Под наблюдением находилось 125 пациенток (женщин) в возрасте от 18 до 42 лет (средний возраст 27,1±1,8 лет).

Хламидийная инфекция была выявлена у 19 (15%); микоплазменная инфекция – у 15 (12%); уреаплазменная инфекция – у 21 (17%); ЦМВ – у 21 (17%); ВПЧ – у 29 (23%); герпес – у 20 (16%) пациенток.

В исследование вошли пациентки с воспалительными заболеваниями шейки матки (экзоцервициты, эндоцервициты), ассоциированными с ИППП, подтвержденными данными полимеразной цепной реакцией (ПЦР) мазков и иммуноферментного анализа (ИФА) крови.

## Нарушение мозгового кровообращения Инновационные методы лечения

В индустриально развитых странах заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место среди причин смертности, опережая смерть от аварий и рака. Все большее количество людей умирает в трудоспособном, фактически, далеко от старости возрасте. Сосудистые поражения мозга в таких странах к концу нашего столетия выдвинулись в число ведущих причин смертности населения, составляя в ее структуре около 14%. Мозговой инсульт определяет более 30% всех случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) представляют собой группу заболеваний (точнее – клинических синдромов), развивающихся вследствие острого расстройства кровообращения головного мозга при поражениях сосудов мозга или крупных магистральных сосудов, а также в результате патологических изменений состава крови.

Общими для инсультов факторами риска заболевания являются: стресс, избыточный вес при сопутствующем атеросклерозе, гиподинамия, курение, алкоголь, нарушение липидного обмена, диабет, гипертония, а также ряд факторов, являющихся специфическими для различных типов инсульта.

В основе патогенеза транзиторной ишемической атаки (ТИА) лежит обратимая локальная ишемия мозга (без формирования очага инфаркта) в результате кардиогенной или артерио-артериальной эмболии. Реже к ТИА приводит гемодинамическая недостаточность кровообращения при стенозах крупных артерий – сонных на шее или позвоночных.

В качестве этиологических факторов ишемического инсульта выступают заболевания, приводящие к сужению просвета мозговых артерий в результате тромбоза, эмболии, стеноза или сдавливания сосуда. В результате развивается гипоперфузия, проявляющаяся локальной ишемией участка мозга в бассейне соответствующей крупной или мелкой артерии. Это приводит к некрозу участка мозговой ткани с формированием инфаркта мозга и является ключевым моментом патогенеза ишемических поражений мозга.

Для развития внутримозгового кровоизлияния, как правило, необходимо сочетание артериальной гипертензии с таким поражением стенки артерии, которое может приводить к раз-

рыву артерии или аневризмы (с последующим формированием тромба), и развитию кровоизлияния по типу гематомы или геморрагического пропитывания. В 70-80% случаев кровоизлияния в мозг случаются вследствие артериальной гипертензии.

### Классификация:

- преходящие нарушения мозгового кровообращения;
- инфаркт мозга (ишемический инсульт);
- кровоизлияние в мозг (геморрагический инсульт);
- эмболия сосудов мозга;
- субарахноидальное кровоизлияние.

Для клиники инсультов характерно острое, внезапное развитие (в течение минут и часов) очаговой неврологической симптоматики, в соответствии с пораженными и вовлеченными зонами мозга.

Для транзиторной ишемической атаки (ТИА) характерно внезапное развитие очаговой симптоматики, с полным ее регрессом, как правило, в сроки от 5 до 20 минут от начала атаки, но не позже 1 суток. Часто неврологическая симптоматика представлена: головная боль, головокружение, шум в голове, снижение работоспособности, нарушение сна, появляющаяся особенно после напряженной умственной и физической работы, пребывания в душном помещении.

При ишемическом инсульте имеется стойкий неврологический дефицит, не исчезающий даже в течение нескольких дней. Неврологическая картина (неврологический дефицит) зависит от локализации пораженного сосуда. Встречаются следующие симптомы: односторонние нарушения зрения, чувствительные нарушения на одной стороне тела (руке и ноге), двигательные нарушения с одной или двух сторон, нарушения сознания, нарушения речи, интеллектуальные нарушения, внезапные падения с короткой потерей сознания, депрессивные состояния.

При внутричерепных кровоизлияниях выражена общемозговая симптоматика (головная боль у половины больных, рвота у одной трети, эпилептические припадки у каждого десятого пациента) и нередко менингеальная симптоматика. Геморрагический инсульт возникает, как правило, внезапно, обычно при волнении, фи-

Обследование и лечение проводилось на основе информированного добровольного согласия больного на основании Приказа №163 (ОСТ 91500.14.0001-2002) Министерства здравоохранения Российской Федерации. Диагноз воспалительного заболевания шейки матки устанавливался клинически с подтверждением данными, полученными методами ПЦР и ИФА.

В зависимости от способа лечения были выделены 2 группы больных:

- основная группа (№1) – получала комплексное лечение: антибактериальную (и/или противовирусную) терапию и низкочастотную электромагнитную терапию прибором «Deta-AP» (70 человек);

- контрольная группа (№2) получала исключительно медикаментозное лечение (55 человек).

Низкочастотная электромагнитная терапия проводилась одним курсом, состоящим из 3 сеансов, проводимых через 1-2 дня. Длительность процедуры зависела от индивидуального набора программ, в среднем 40-60 минут.

Группы наблюдения были сопоставимы по возрасту, нозологическим формам и тяжести основного заболевания. Лечение аппаратом «Deta-AP» проводили в стационарных и амбулаторных условиях.

Оценка лечебной эффективности применявшихся методов проводилась с помощью ПЦР и ИФА через 1-1,5 месяца после окончания лечения. В этот промежуток времени пациентки исключали половую жизнь для предотвращения реинфицирования.

### Результаты и обсуждение

В ходе исследования нами установлена недостаточная клиническая эффективность антибактериальной и противовирусной терапии у больных с воспалительными заболеваниями шейки матки, вызванных хламидиями, микоплазмами, уреаплазмами, ЦМВ-инфекцией, герпетической инфекцией, ВПЧ-инфекцией (60-65%).

Впервые нами выявлен высокий клинический эффект лечения с использованием аппарата «Deta-AP» в комплексном лечении воспалительных заболеваний шейки матки, ассоциированных с ИППП.

При лечении хламидийной инфекции полное выздоровление было достигнуто у 8 человек (89% случаев);

микоплазменной инфекции – у 5 (83%);

уреаплазменной инфекции – у 10 (91%).

При лечении вирусных инфекций наблюдали снижение титра IgG до минимальных значений при ЦМВ – у 12 (92%);

герпетической инфекции – у 10 человек (83% случаев).

При определении вирусной нагрузки у пациентов с ВПЧ были достигнуты минимальные значения у 15 человек (79%);

у 3 пациентов (16%) с ВПЧ достигнуто полное излечение.

Во всех случаях нами отмечена хорошая переносимость терапии аппаратом «Deta-AP», отсутствие общих и местных побочных реакций при лечении воспалительных заболеваний шейки матки, ассоциированных с ИППП.

Терапия не оказывала негативного влияния на течение сопутствующей соматической патологии, имевшейся у наблюдаемых пациенток.

### Заключение

Согласно полученным результатам, Deta-терапия повышает эффективность антибактериальной и противовирусной терапии, является неинвазивным, экономически выгодным, не длительным по времени, безопасным методом лечения с возможностью использования в стационарных и амбулаторных условиях.

### Литература

1. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Современные принципы профилактики и лечения воспалительных заболеваний женских половых органов в оперативной и неоперативной гинекологии. Методические рекомендации для врачей акушеров-гинекологов. Под ред. акад. РАМН, профессора В.Н. Серова. М.; 2005; с. 17-50.
2. Holmes K.K., Mardh P.A., Sparling P.F., Lemon S.M., Stamm W.E., Piot R., Wasserheit J.N. Sexually transmitted diseases. 1999; p. 532-641.
3. Dutta D.C. Text book of gynaecology including contraception. 4 edition. Central; 2003; p. 116-168.
4. Соколовский Е.В., Савичева А.М., Домейка М., Айламазян Э.К., Беяева Т.В. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для врачей. М: МЕДпресс-информ; 2006; с. 20-243.
5. Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007; с. 134-156.
6. Сидорова И.С., Макаров И.О., Матвиенко Н.А., Боровкова Е.И., Овешникова Т.З., Леонова И.П. Урогенитальные инфекции во время беременности (диагностика, профилактика, лечение). М: ООО Издательское товарищество «Адамант»; 2006; с. 3-15.
7. Рылов А.Л. Электромагнитная терапия как резерв для улучшения здоровья нации. Вестник ассоциации заслуженных врачей Российской Федерации 2009; 1(6): 54.
8. Коноплев С.П., Коноплева Т.П. Способ низкочастотной электромагнитной терапии и устройство для его осуществления. Патент РФ № 2164424, МКИ 7 А61 N2/04, 27/03 2001.

зических нагрузках, переутомлении. Иногда инсульту предшествуют «приливы» крови к лицу, интенсивная головная боль, видение предметов в красном свете. Развитие инсульта обычно острое. При этом характерны резкая головная боль, рвота, учащение дыхания, бради- или тахикардия, гемиплегия или гемипарез, нарушение сознания (оглушение, сопор или кома). Коматозное состояние может развиваться в начальной фазе инсульта, и больной сразу же оказывается в крайне тяжелом состоянии.

В нашем центре методом ВРТ протестировано 15 больных на стадии реабилитации и восстановления после перенесенного ишемического инсульта. Получены следующие результаты:

	Количество больных
Резервы адаптации	Средние – 5 больных Низкие – 10
Васкулиты, вызванные вирусами герпетической группы на фоне атеросклероза	13
Поражение сосудов (преимущественно вен) шистосома гематурикум	2

В лечении применялась комплексная терапия (медикаментозная и DETA-терапия).

В медикаментозной терапии использовались сосудистые средства и корректоры метаболизма.

В DETA-терапии применялись программы:

«DETA-Ritm»:

- разжижение крови;
  - регуляция кровообращения;
  - капилляры;
  - мозгового кровотока нарушение;
  - спазмы сосудов головного мозга;
  - отек головного мозга;
  - внутричерепная гипертензия;
  - программы в зависимости от симптоматики.
- «DETA-AP»:
- дезинтоксикационная терапия;
  - внутричерепное давление;
  - инсульт;
  - инсульт-паралич;
  - нарушение мозгового кровообращения;
  - паралич (+герпес базовая) ;
  - паралич ишемический;
  - парез;
  - центральный паралич;
  - программы по борьбе с инфекционным агентом.

У некоторых пациентов дезинтоксикационная терапия проводилась гомеопатическими средствами.

Улучшение в неврологической симптоматике (уменьшение степени пареза, улучшение памяти) и общего состояния отмечалось на 10-15 сутки, у некоторых больных улучшение в симптоматике появлялось к концу 1-го месяца применения приборов «DETA».\*

## Профилактика

В профилактике данных заболеваний необходимо обращать внимание на следующие аспекты:

- контроль артериального давления, при необходимости его ;
- отказ от курения;
- диета с невысоким содержанием холестерина в пище;
- контроль сахара крови, при необходимости его коррекция.

Профилактика приборами «DETA»:

- разжижение крови;
- регуляция кровообращения;
- регуляция сердечной деятельности;
- дезинтоксикационная терапия;
- программы по снижению холестерина в крови;
- программы по снижению сахара в крови (при сахарном диабете).

*\*Также смотрите протокол клин. испытаний МУ ГКБ№10, сборник клинических испытаний и отзывов, с 64-65 (приложение 1, справа).*

## Случай из практики

Пациент 65 лет. Из анамнеза известно, что перенес два ишемических инсульта. В неврологическом статусе легкий левосторонний гемипарез, умеренный правосторонний гемипарез, выраженный астено-невротический синдром, выраженные нарушения памяти, зрения. В клинических анализах крови и мочи показатели в пределах нормы. При ВРТ: резервы адаптации низкие, диагностируется васкулит, вызванный вирусами герпетической группы. Проведено дезинтоксикационная терапия гомеопатическими препаратами, лечение приборами «DETA-Ritm», «DETA-AP». На 2 месяце лечения отмечено значительное улучшение общего состояния. В неврологическом статусе: парез слева восстановился, легкий правосторонний гемипарез, значительно улучшилась память и психо-эмоциональный фон, зрение на один глаз восстановилось полностью (второй глаз частично – имеется катаракта и отслойка сетчатки). В настоящее время пациент на профилактической терапии.

## Литература:

Карлов В.А. Терапия нервных болезней.– Москва, Медицина, 1987.– 511 с.

Сосудистые заболевания нервной системы / Под ред. Шмидта Е.В. – Москва, Медицина, 1985.– 663 с.

## Результаты лечения вирусных гепатитов прибором «DETA-AP 20»

Вследствие повсеместной распространенности и высокой заболеваемости вирусные гепатиты представляют серьезную медико-социальную проблему для мирового здравоохранения. По данным ВОЗ, 1/3 населения мира инфицирована различными видами гепатотропных вирусов. По экспертным оценкам имеется 400 млн. носителей вируса гепатита В (HBV) и 300 млн. носителей вируса гепатита С (HCV). В России, соответственно, 5 и 2 млн. носителей, из которых до 97,8% – лица в возрасте 19-39 лет (Шахгильдян И.В., 1999, 2008). Из общего числа инфицированных HBV не менее 1,1 млн. нуждаются в лечении (Покровский В.В., 2009). В тоже время на долю хронического вирусного гепатита С приходится более 70% всех хронических заболеваний печени. HCV является этиологическим фактором 40% случаев цирроза печени и 60-70% гепатоцеллюлярной карциномы (EASL International Conference of Hepatitis C, Paris, 1999).

Существенной особенностью эпидемического процесса в начале XXI в. является значительное снижение заболеваемости острыми гепатитами В и С, на фоне которого развивается эпидемия хронических вирусных гепатитов и повышения удельного веса хронических микст-гепатитов, учет которых в масштабах страны еще не налажен. И мы еще не можем сказать о причинно-следственной взаимосвязи развития вирусных гепатитов на фоне персистенции печеночных паразитов, так как подобная статистика в настоящее время не ведется вообще. Но необходимо отметить, что проблема биогельминтозов также является глобальной. Риску заражения трематодами (описторхозом, фасциолезом) в мире подвержено более 350 млн. чел. За последние 10-15 лет ежегодно регистрируется около 100 тыс. больных печеночным трематодозом (в России 40 тыс.), а общее число больных, по экспертным оценкам, составляет более 2 млн. На сегодняшний день в мире насчитывается приблизительно 18 млн. больных описторхозом, фасциолезом (официальная статистика), реально же эта цифра в 100 раз больше. Так, в г. Уфе (по моим

данным) фасциолез диагностируется при ВРТ-исследовании у 80-90% населения, описторхоз – у 15-20% населения.

При такой крайне неблагоприятной эпидемической ситуации вполне ожидаем высокий процент сочетания печеночных трематодозов с вирусными гепатитами – от 6,59% до 14,3% случаев по данным разных авторов (Ефимова Н.А. и соавт., 2007; Подображникова О.К. и соавт., 1995). Еще в 1963 г. Р.М.Ахрем-Ахремович наблюдал, что ВГ при сочетании с трематодозами принимает хроническое течение, сопровождается рецидивирующей желтухой, и в дальнейшем нередко развивается цирроз печени. Отмечена большая частота среднетяжелых и тяжелых форм острого гепатита на фоне трематодоза (Белозеров Е.С., 1974; Моисеенко А.В. и соавт., 2006). При хронической инвазии усиливаются клинические проявления хронического вирусного гепатита, ухудшается ряд лабораторных показателей, возрастает риск развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (Белобородова Э.И., 1995; Пальцев А.И., 2000; Мигуськина Е.Н., 2000; Рачковский М.И., 2001; Соколов С.А., 2002).

Отягощающее влияние трематодоза на течение вирусных гепатитов обусловлено множеством патогенетических факторов инвазионного процесса. Так, трематодозная инвазия индуцирует нарушения иммунного статуса, зависящие от длительности, интенсивности инвазии, тяжести клинического течения трематодоза. Причем происходят нарушения в различных звеньях иммунитета – макрофагальном, клеточном, гуморальном (Белозеров Е.С., Шувалова Е.П., 1981; Постникова Т.Ф., 1979, 1982; Кашуба Э.А. и соавт., 1982, 1985, 1991; Гиновкер А.Г. и соавт., 1987; Лепехин А.В. и соавт., 1988; Степанова Т.Ф., 1988; Парфенов С.Б. и соавт., 1988, 1989; Легоньков Ю.А. и соавт., 1989; Зверева Л.И. и соавт., 1990; Шайн А.А. и соавт., 1991).

Характерно, что не наблюдается устойчивой иммунореабилитации у больных хроническим трематодозом в отдаленные сроки после проведения эффективной антигельминтной терапии (Шайн А.А. и соавт., 1991; Рыбка А.Г.

и соавт., 1991; Лукашова Н.В. и соавт., 1994; Яковлева В.В. и соавт., 1995; Степанова Т.Ф., 1998; Шонин А.Л., 1999).

Совместное воздействие многочисленных факторов инвазионного и вирусного этиологических агентов формирует своеобразный паразитоценоз: трематодоз – вирусный гепатит. Прогноз и исходы данного сочетания изучены недостаточно. Отсутствуют данные, насколько существенно влияние каждого компонента на прогрессирование клинических и морфологических проявлений, эффективность этиотропной терапии и возможности ее оптимизации, частоту нежелательных явлений антигельминтной и противовирусной терапии, прогностических факторов формирования устойчивого вирусологического ответа.

Целью настоящего исследования было оценить эффективность использования противопаразитарного медицинского прибора «Deta AP» при лечении вирусных гепатитов.

Контроль за излечением проводился с помощью ВРТ-исследования, ПЦР-диагностики на наличие вируса, определения антител к вирусам гепатитов методом ИФА, а также отслеживания изменений в биохимическом анализе крови (АЛТ, АСТ, билирубин).

Пациентам проводилась следующая схема терапии:

- снятие ложной полярности под контролем ВРТ;
- лечение ассоциированного печеночного трематодоза;
- лечение непосредственно вируса гепатита. Приоритетом для программирования противопаразитарного прибора служили данные ВРТ-исследования;
- комплексная терапия на DETA-Professional.

Пациентам, принимающим противовирусные препараты, на время лечения препараты были отменены.

Результаты лечения приведены в таблице.

Наименование гепатита	Количество больных	КРИТЕРИИ				
		Билирубин	Ферменты	ПЦР	ИФА	ВРТ
Острый гепатит А	2	повышен	повышены	+	+	+
Через 30 дней		повышен	норма	-	+	±
Через 60 дней		норма	норма	-	-	-
Хронический гепатит А	14	повышен	повышены	+	+	+
Через 30 дней		норма	норма	-	+	-
Через 60 дней		норма	норма	-	-	-
Хронический гепатит В	5	повышен	норма	+	+	+
Через 90 дней		норма	норма	-	+	±
Через 120 дней		норма	норма	-	-	-
Хронический гепатит С	7	повышен	повышены	+	+	+
Через 90 дней		повышен	норма	+	+	+
Через 120 дней		норма	норма	-	+	±
Через 180 дней		норма	норма	-	-	-
Гепатит С+В	4	повышен	повышены	+	+	+
Через 90 дней		повышен	повышены	+	+	+
Через 120 дней		повышен	норма	-	±С	+С
Через 180 дней		норма	норма	-	-	-
Гепатиты А+В+С+Д+цирроз	1	повышен	повышены			
Через 90 дней		повышен	повышены	+	+	+
Через 120 дней		повышен	повышены	-	±	+ С, Д
Через 180 дней		норма	норма	-	-	± С, Д
Через 360 дней		норма	норма	-	-	-

### Выводы:

1. Эффективность лечения вирусных гепатитов с помощью прибора «Deta-AP» в качестве монотерапии (по данным консультационного центра «Deta-Elis+») составила 100%.

2. Прибор Deta-AP является высокоэффективным, экономически выгодным средством лечения вирусных гепатитов.

3. Рецидивов заболевания при использовании прибора «Deta-AP» не было.

## Влияние электромагнитных воздействий на клетки человека с помощью портативных приборов «DETA-Ritm» и «DETA-AP»

Известно, что клетки можно рассматривать как электромагнитные контуры (С.А.Гонян, 1992).

Исследование клеток человека в знакопеременном электрическом поле подтвердило этот тезис (А.А.Соловьев, 2001).

Наличие электрического заряда на молекулах и макромолекулярных комплексах делает клетку сложной электрической схемой. Многие структуры клетки способны или создавать колебательные волны или резонансно отвечать на внешние электромагнитные воздействия. Эта способность изменяется в ходе жизнедеятельности клетки. Патологические процессы могут специфично менять биоэлектрические параметры клеток. Поэтому возможна разработка алгоритмов коррекции параметров клеток с учетом специфики нарушений.

Анализ нарушений в организме человека и алгоритмы их коррекции были успешно разработаны при создании портативных приборов «DETA-Ritm» и «DETA-AP». Многолетний поиск и клинические испытания обеспечили успех этой программы.

Целью работы была оценка эффективности электромагнитной стимуляции по реакциям клеток человека.

Эту задачу мы решили с помощью оригинальной методики, используя микроэлектрофорез (МЭФ) (А.А.Соловьев и др., 2001-а).

Методика внедрена в практическое здравоохранение (Г.И.Козинец, 1998, Т.Л.Рединова, Н.Р.Дмитракова, А.С.Япеев, А.А.Соловьев и др., 2004, Ф.К.Тетелютина, С.Н.Стяжкина, Н.А.Ребро, 2008, А.А.Соловьев и др., 2005).

В основе методики использовано свойство живых клеток поддерживать заряд (С.С.Харамоненко, А.А.Ракитянская, 1979). Этот заряд изменяется при различных функциональных состояниях клеток и организма (С.А.Гонян, 1992), а также отражает возрастные особенности организма (В.Г.Шахбазов, Г.В.Колупаева, 1987). Заряд клеток существенно снижается при эндотоксикозе (А.А.Соловьев и др., 2005-б), повышается – при злокачественных опухолях (С.С.Харамоненко, А.А.Ракитянская, 1978).

В нашей работе были поставлены следующие задачи:

- определить по реакциям живых клеток эффективность методик с использованием приборов «DETA-Ritm» и «DETA-AP»;
- определить уровень специфичности предложенных методик при действии на разные типы клеток.

Материалом служила кровь 36 больных пневмонией, взятая в момент поступления в стационар, а также злокачественные опухолевые клетки человека (культура ткани Kasumi-1).

### Методика

Клетки крови подвергнуты воздействию с использованием программ: «Эритроциты», «Лейкоциты», «Глубокая очистка», «Иммунная система», «Активная защита», «Детоксикация».

На опухолевые клетки человека воздействовали электромагнитными стимулами с использованием программ: «Карцерогенный фактор», «Онкология», «Рак».

Клетки крови и опухолевые клетки помещали в камеру для микроскопического исследования и изучали с помощью комплекса «Цито-эксперт», используя метод микроэлектрофореза (МЭФ). Полученные видеogramмы обрабатывали с помощью лицензионных компьютерных программ NTC. Помимо анализа МЭФ, проводили визуальные цитологические исследования с использованием витального красителя, оценивая изменения объемов и поверхности клеток, уровень связывания красителя, дегенеративные процессы.

### Результаты

Прижизненное исследование эритроцитов (программы: «Эритроциты», «Глубокая очистка», «Детоксикация», «Активная защита»).

Среди интактных эритроцитов больных пневмонией преобладают эхиноциты, характерен анизоцитоз. Электромагнитная активация выделенных эритроцитов в течение 5-10 минут не приводит к гемолизу, способствует нормализации размеров и формы эритроцитов, увеличивает биоэлектрическую активность.

Прижизненное исследование лейкоцитов (программы: «Лейкоциты», «Детоксикация», «Иммунная система»).

Интактные клетки в большей степени содержат краситель в цитоплазме и ядре. Отмечены гиперхромные клетки, отсутствует биоэлектрическая активность. Электромагнитная стимуляция в течение 5-10 минут не приводит к дегенеративным процессам в клетках. Характерно, что изученные воздействия способствуют повышению биоэлектрической активности гранулоцитов, лимфоцитов и моноцитов.

### Прижизненные исследования злокачественных опухолевых клеток

При изучении интактных клеток с использованием МЭФ выявлено, что для них характерен высокий мембранный потенциал, что отражается в амплитудных характеристиках клеток (средняя амплитуда  $4,8 \pm 1,1$  мкВ).  $96 \pm 1,4\%$  интактных клеток активировано электрическим полем. При электромагнитных воздействиях на клетки биоэлектрическая активность в первые 5 минут после стимуляции снижается, а в последующие 5 минут преобразуется полностью.

Характерной чертой электромагнитных воздействий является стимуляция дегенерации клеток. Дегенеративные изменения протекают динамично в течение первых 10-15 минут после воздействия. Первым проявлением является

**Таблица 1**  
Прижизненные реакции эритроцитов при МЭФ  
Цитологические критерии эритроцитов

Использованы программы	Эритроциты	
	% активации	амплитуда колебаний (мкВ)
Эритроциты	$78 \pm 2,6$	$4,2 \pm 0,3$
Активная защита	$51 \pm 1,4$	$3,2 \pm 1,0$
Глубокая очистка	$64 \pm 1,2$	$3,8 \pm 0,5$
Детоксикация	$72 \pm 1,6$	$4,0 \pm 0,2$
Не использована программа (интактная кровь)	$17 \pm 12$	$1,3 \pm 0,5$

**Таблица 2**  
Прижизненные реакции лейкоцитов при МЭФ

Использованы программы	Лейкоциты	
	%	амплитуда (мкВ)
Лейкоциты	$57 \pm 3,2$	$3,3 \pm 1,2$
Детоксикация	$38 \pm 2,8$	$4,2 \pm 1,3$
Иммунная система	$16 \pm 1,2$	$3,2 \pm 1,0$
Не использована программа (интактные клетки)	0	0

увеличение объема клеток, что связано с увеличением проницаемости плазмолеммы. В дальнейшем характерны вакуолизация, смещение и гиперхромия ядер. Заключительным этапом дегенерации является фрагментация клеток.

### Выводы:

1. Портативные приборы для электромагнитной терапии Deta-Ritm и Deta-AP содержат программы эффективного воздействия на кровь больных пневмонией и на злокачественные клетки человека.

2. Программы испытанных приборов способны обеспечивать специфичное действие на клетки.

3. При воздействии на злокачественные опухолевые клетки программ: «Онкология», «Канцерогенный фактор», «Рак» обеспечена стабильная дегенерация опухолевых клеток.

### Литература

1. Гонян С.А. Поверхностный заряд клеток при различных функциональных состояниях. Диссертация на соискание степени кандидата биологических наук. Ереван, 1998. 128 с.

2. Козинец Г.И. Интерпретация анализов крови и мочи. Триада-Х. М., 1998. 105 с.

3. Рединова Т.Л., Дмитракова Н.Р., Япеев А.С., Соловьев А.А. и др. Клинические и лабораторные методы обследования больного в терапевтической стоматологии. Ижевск, 2004. 92 с.

4. Соловьев А.А. и др. Способ микроэлектрофореза клеток крови и эпителиоцитов и устройство для его осуществления. Патент РФ № 2168176. 2001.

5. Соловьев А.А. Многовекторная биоэлектрическая механика клеток человека. Росс. морфол. введом. № 1-2, М. 2001. С. 148-149.

6. Соловьев А.А. и др. Способ определения эндотоксикоза. Патент РФ № 2249214 2005-а.

7. Соловьев А.А. и др. Способы определения эндогенной интоксикации. Информ. письмо. – Ижевск. 2005-б. 13 с.

8. Тетелютина Ф.К., Стяжкина С.Н, Ребро Н.А. Электрокинетические свойства и морфологические особенности эритроцитов у женщин с хроническим сальпингоофоритом. Фундаментальные науки – практике. Ижевск. 2008. С. 86-89

9. Шахбазов В.Г., Колупаева Г.В. Изменение электрофоретических свойств клеточных ядер человека. Тез. докл. симп. Черногорова, 1987. С.41

10. Харамоненко С.С., Ракитянская А.А. Электрофорез клеток крови в норме и патологии. Минск «Беларусь» 1978. 356 с.

## Эффективность электромагнитной терапии и нуклеозидного препарата энтекавир при хронических гепатитах В и D

Согласно статистике МЗ Кыргызской Республики, заболеваемость острым вирусным гепатитом В в 2000 г. составила 26,6 случаев на 100 тыс. населения, в 2001 г. – 19,1, в 2002 г. – 38,9, в 2003 г. – 14,5, в 2004 г. – 15,0, в 2006 г. – 11,9, в 2007 г. – 12,2, в 2009 г. – 10,8, в 2010 г. – 9,4 [2]. Снижение заболеваемости связано с внедрением в практику здравоохранения вакцинации против гепатита В (2000 г.). Официальная регистрация больных с хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) в стране началась только в 2010 г. и далека от совершенства. Больные ХВГ часто впервые выявляются в отделениях гематологии, нефрологии, онкологии, кардиологии и не всегда регистрируются, не получают противовирусную терапию.

Согласно резолюции XII международного симпозиума по вирусным гепатитам и заболеваниям печени (Париж, 2006), основным препаратом для лечения ХВГ остается рекомбинантный интерферон альфа (ИФН). В то же время, многочисленные побочные реакции, необходимость парентерального введения, высокая стоимость препаратов ИФН снижают комплаентность больных к ним и ограничивают их широкое использование.

Решению проблемы резистентности вирусов к ИФН могло бы способствовать применение медицинских приборов «DETA-AP» и «DETA-Ritm», разработанных на основе достижений современного мирового опыта в области воздействия на микро- и макроорганизмы, в том числе на организм человека, специфическими частотами электромагнитного излучения по методикам Р.Райфа, Р. Фолля и др. [1,5].

Действие прибора «DETA-Ritm» заключается в коррекции основных функций организма при воздействии низкоэнергетических электромагнитных излучений строго определенных параметров в физиологическом диапазоне частот от 0,1 до 100 Гц. Терапия основана на резонансном воздействии на органы и системы человека с лечебной целью эффективным, безопасным и немедикаментозным способом [3].

Прибор «DETA-AP» позволяет проводить терапию широкого круга инфекционных заболеваний по специально разработанным программам. Каждая программа предназначена для воздействия на определенный вид возбудителя или на

вызванные в результате его действия изменения в организме. Терапевтический эффект достигается за счет высокой проникающей способности электромагнитного поля в организм. Точность установки частоты позволяет целенаправленно воздействовать на возбудителя, разрушая его, при этом, не оказывая отрицательного влияния на организм в целом.

Метод электромагнитного лечения и медицинские приборы «DETA-AP» и «DETA-Ritm» зарегистрированы в Департаменте лекарственного обеспечения и медицинской техники МЗ КР 14.05.2011, регистрационное удостоверение №2237 и №2236 серия РМТ-2011-221, и разрешены к применению.

Среди арсенала современных противовирусных препаратов, разрешенных к применению для лечения хронической HBV/HDV-инфекции, есть лекарственные препараты из группы аналогов нуклеозидов: энтекавир, ламивудин, тенофовир, эмтрицитабин. Углубленными исследованиями установлено, что энтекавир способен снизить вирусную нагрузку при гепатите В на 7 lg (в 10 млн. раз), а ламивудин – на 5 lg (в 100 000 раз) [4].

Энтекавир (entecavir) индийского производства, выбранный нами для лечения больных ХВГ, представляет собой карбоциклический аналог 2'-деоксигуанозина, быстро превращающийся в клетке в активную форму, подавляющую репликацию HBV на всех ее трех этапах – инициации, элонгации, терминации. Энтекавир значительно дешевле американского аналога (Baraclude). Небольшое число публикаций об эффективности и безопасности нуклеозидных препаратов в лечении ХВГ, их экономическая доступность, большой интерес к новому методу электромагнитной терапии приборами DETA побудили нас к выполнению данного исследования.

### Цель исследования

Оценить эффективность и безопасность электромагнитной терапии приборами DETA в виде монотерапии и в комбинации с противовирусным нуклеозидным препаратом энтекавир у больных хроническим гепатитом В и D, по данным клинико-биохимических показателей и репликативной активности вируса.

## Материалы и методы исследования

С апреля 2011 г. в клинику «ЦАДМИР» обратились 73 больных ХГВ и ХГД, 45 из них (36 чел. – с ХГВ и 9 чел. – с ХГД) были в возрасте от 22 до 57 лет, средний возраст составил  $41,3 \pm 7,3$  и соответствовали требованиям для включения в данное исследование:

- больные ХГВ и ХГД в фазе репликации (выявление ДНК HBV);
- вирусная нагрузка  $>2000$  копий/мл;
- длительность заболевания ХГ менее 5 лет;
- уровень активности АлАт, превышающий верхний показатель нормы ( $0,06-0,14$  мккат/мл) в 1,5 и более раз;
- отсутствие сопутствующих тяжелых заболеваний.

Мужчин было 28 (62,2%), женщин – 17. Методом случайной выборки больные были разделены на две группы: 1 группа (27 чел.), получавшие только электромагнитную терапию (ЭМТ), 2 группа (18 чел.) – комбинированную ЭМ-терапию + энтекавир.

Этиологическая верификация ХГВ и ХГД осуществлялась по обнаружению в сыворотке крови у больных HBsAg, HBe Ag, анти-HDV методом ИФА и ДНК вируса гепатита В методом ПЦР, при отрицательных результатах на маркеры вирусов гепатитов А и С.

Больные ЭМТ получали в течение 15-30 дней в условиях дневного стационара клиники «ЦАДМИР» через день, приборами «DETA-AP» по программе: «Гепатит В», «Гепатит общий», «Гепатит общий вирусный», «Дренаж», «Очистка» – в течение 1 часа и «DETA-Ritm» по программе: «Кровообращение», «Регуляция ЖКТ», «Поддержка печени», «Гепато-холецистит», «Иммунная система» – в течение 1 часа. В дальнейшем до 6 мес. лечились дома (многие больные жили в отдаленных регионах страны), приобретя прибор «DETA-AP», по этой же программе, с соблюдением биоритма организма: с 1 до 3 часов – времени наибольшей активности функций печени и желчного пузыря.

Суточная доза энтекавира составила 0,5 мг, для больных же, ранее лечившихся ламивудином (5 чел.), – 1 мг ежедневно в течение 3-х месяцев.

Комплексное обследование включало клинический осмотр по органам и системам, УЗИ органов брюшной полости, фиброэластография (фиброскан) печени, клинические анализы крови и мочи. Проводились рутинные биохимические исследования крови (АлАТ, АсАТ, ЩФ, билирубин, протромбин, протеинограмма, гормоны щитовидной железы), исследования крови на специфические маркеры ВГВ и ВГД, определение ДНК ВГВ и вирусной нагрузки, с использованием качественной и количественной ПЦР.

Контрольные клинико-лабораторные исследования проводились: до начала лечения (1), через 1 месяц проведения ЭМТ и комбинированной терапии (2), через 3 месяца лечения (3), после лечения (4) и через 3 месяца после окончания терапии (5).

Эффективность лечения оценивали по критериям, рекомендованным Европейским обществом по изучению печени (Париж, 2002):

1. Биохимическая ремиссия – 2 нормальных значения уровня АлАТ с интервалом в 2 недели.
2. Стабильная ремиссия – нормальные значения АлАТ, отсутствие детекции ДНК HBV в течение 6 мес. после окончания терапии.
3. Отсутствие ремиссии – любая другая динамика активности АлАТ и наличие ДНК HBV к окончанию терапии.

Кроме того, определялось наличие нежелательных явлений и побочных реакций применяемого препарата и электромагнитной терапии.

Для анализа результатов исследования применяли методы медицинской статистики (определение средних значений и стандартного отклонения), значимым считали результаты при  $p < 0,05$ .

## Результаты и исследования

У большинства наблюдаемых нами больных регистрировалась безжелтушная или субклиническая форма гепата В и D, только у 5 (11,5%) больных отмечалась субиктеричность склер, билирубин сыворотки крови не превышал 27-33 мкмоль/л.

Основные жалобы, побудившие многих пациентов обратиться в клинику, были: тяжесть и ноющие боли в правом подреберье (73,3%), зуд кожи (у 24,4%) боли в суставах (26,7%). Течение болезни было мягким, лишь при тщательном сборе анамнеза удавалось выявить умеренно выраженный астено-вегетативный, диспепсический, интоксикационный и геморрагический синдромы: слабость – 82,2%, плохой аппетит – 73,3%, тошнота – 46,6%, метеоризм – 86,7%, запоры – 57,8%, необильное носовое кровотечение и кровоточивость десен – 31,1%. Экстрапеченочные знаки, как телеангиэктазии и пальмарная эритема, встречались не часто, в 28,9% и 20,0% случаев соответственно. Выраженная гепатомегалия для хронического гепатита у взрослых больных также была нехарактерна и установлена только у 3-х больных в каждой группе. Печень выступала на 1-1,5 см ниже реберной дуги и была умеренной плотности у 70,4% и 66,7% больных соответственно. Селезенка пальпировалась у 17,8 % больных.

Средний уровень АлАТ достигал соответственно  $0,35 \pm 0,11$  и  $0,31 \pm 0,12$  мккат/мл в группах сравнения. По степени активности хроническо-

Таблица 1

Клинические и биохимические показатели	До лечения				Через 6 месяцев лечения			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гепатомегалия: - до 1,5 см - более 1,5 см	19 3	70,4 11,1	12 3	66,7 16,7	2** 1**	7,4** 3,7**	3* 2	16,7* 11,1
Данные УЗИ печени: - повышен. эхогенности, дифф.изм. паренхимы - признаки холецистита	25 12	92,6 44,4	16 6	88,9 33,3	11** 4**	40,7** 14,8**	11* 4*	61,1* 22,2*
Фиброэластография: F0 F1 F2 F3	3 4 15 5	11,1 14,8 55,6 18,5	2 10 2 4	11,1 55,6 11,1 22,2	3 11** 9* 4	11,1 40,7** 33,4* 14,8	2 4** 8** 4	11,1 22,2** 44,4** 22,2
Альбумин сыв. крови (г/л)	$38,7 \pm 1,3$		$36,9 \pm 1,1$		$44,8 \pm 1,2^*$		$51,3 \pm 1,4^{**}$	

го гепатита (по уровню АлАт), больные распределялись следующим образом: минимальная степень активности наблюдалась у 22,2% пациентов, умеренно выраженная – у 64,5% и выраженная – у 13,3% больных.

УЗИ выявило гепатомегалию, повышенную эхогенность и диффузные изменения паренхимы печени, а также нарушения в желчевыводящей системе. Признаки портальной гипертензии, спленомегалии, фиброза были отмечены у 5 пациентов, подтвержденные и фиброэластографией печени (фиброскан).

У 37 больных сравниваемых групп проведение обследования на количество вируса и была зарегистрирована высокая его концентрация ( $1.978000 \pm 3715$  и  $2.006000 \pm 4128$  копий/мл соответственно).

1 группа – ЭМ-терапия; 2 группа – ЭМ-терапия+энтекавир

\*- значение существенно ( $p < 0,05$ ); \*\* -  $p < 0,01$

В процессе лечения у больных обеих групп отмечалось постепенное сокращение размеров печени (таб. 1). К завершению курса противовирусной терапии (ПВТ) гепатомегалия до 1,5 см в

1 и 2 группах регистрировалась только в 11,1% (соответственно у 2 и 3 чел), более 1,5 см – в 3,7% и 11,1% случаев соответственно. Регрессия признаков холецистита также чаще отмечалась при электромагнитной монотерапии.

Наиболее значимая положительная динамика в клинических и УЗИ-показателях печени у больных 1 группы убедительно свидетельствует об эффективности двух приборов: наряду с антивирусной, регулирующее действие DETA-Ritm способствовало восстановлению функций печени.

Определение степени фиброзирования печени показало наличие минимального и умеренного разрастания соединительной ткани у 19 (70,4%) и у 12 (66,7%) больных ХГВ и D 1 и 2 групп. Эффективность как ЭМ-монотерапии и комбинированной (ЭМТ+энтекавир) терапии выражалась в приостановлении фиброзирования печени, и переходе пациентов из степени F2 в стадию F1 (минимального фиброзирования) у 40,7% и 44,4% соответственно. На больных с выраженным фиброзом печени оба вида лечения не оказали существенного влияния.

Таблица 2

Динамика уровня АлАТ и частоты биохимической ремиссии у больных ХГВ и ХГД, получавших электромагнитную терапию и комбинированную (энтекавир+ЭМ) терапию.

Сроки обследования	Уровень АлАт (N=0,06 - 0,14 мккат/мл)		Частота биохимической ремиссии (абс. /%)	
	1 группа (n=27)	2 группа (n=18)	1 группа (n=27)	2 группа (n=18)
До лечения	$0,35 \pm 0,11$	$0,31 \pm 0,12$	-	-
1 мес. терапии	$0,27 \pm 0,13$	$0,58 \pm 0,14$	19/70,4	0
3 мес. терапии	$0,12 \pm 0,10$	$0,21 \pm 0,11$	27/100,0	16/83,3
6 мес. терапии	$0,13 \pm 0,11$	$0,09 \pm 0,04$	27/100,0	18/100,0

Уровень альбуминов в сыворотке крови был выше (51,3±1,4г/л) у больных, получавших комбинированную терапию.

1 группа (n=27) – ЭМ-терапия

2 группа (n=18) – ЭМ- терапия+энтекавир

К концу первого месяца ПВТ у 19 больных 1 группы (70,4%) установлено снижение активности АлАТ и наличие биохимической ремиссии, тогда как в группе сравнения активность трансфера возросла в 2 раза, составив 0,58±0,14 мккат/мл, что объясняется прямым вируснейтрализующим действием энтекавира в печеночных клетках и начальным биохимическим обострением гепатита (табл. 2).

Через 3 месяца лечения у больных, получавших антипаразитарную ЭМТ, активность АлАТ нормализовалась, тогда как во 2 группе биохимическая ремиссия достигнута только у 83,3%. Результатом использования 6-месячной противовирусной ЭМ-терапии, как в отдельности, так и в сочетании с нуклеозидным препаратом энтекавир, было установление биохимической ремиссии у всех больных. Следует отметить, что у больных на комбинированной терапии снижение активности ферментов было интенсивнее (0,09±0,04 мккат/мл), чем у больных сравнимой группы (0,13±0,11 мккат/мл). Таким образом, после завершения курса ПВТ биохимическая ремиссия достигнута у всех больных, независимо от схемы лечения.

Она не снизилась и через 6 месяцев после окончания противовирусной терапии.

Установлено положительное влияние ЭМТ на гематологические показатели, выразившиеся в повышении уровня гемоглобина, лейкоцитов и тромбоцитов. К концу полугодового курса лечения у 2 группы больных развились умеренная лейко- и тромбоцитопения, не было положительной динамики и в содержании гемоглобина (таб. 3).

**Таблица 3**

**Гематологические показатели на фоне лечения.**

Показатели анализа крови	До лечения		Через 4 недели лечения		Через 3 мес. лечения		Через 6 мес. лечения	
	1 группа ЭМТ n=27	2 группа ЭМТ+энтекавир n=18	ЭМТ	ЭМТ ЭМТ+энтекавир	ЭМТ	ЭМТ+энтекавир	ЭМТ	ЭМТ+энтекавир
Гемоглобин	116±4,1	112±11,1	128±6,3*	118±7,6	126±12,1	116±11,3	122±9,2	114±13,3
Эритроциты	3,9±0,4	4,1±0,5	4,7±0,2	4,3±0,7	4,5±0,3	4,0±0,3	4,1±0,2	3,8±0,7
Лейкоциты	4,4±2,7	4,7±2,4	5,9±2,1*	5,1±2,8	6,3±2,2*	4,9±1,9	6,4±2,3*	4,7±2,9
Тромбоциты	239,6±3,4	241,1±3,6	294±8,5*	233±7,9	326±15,9*	256±11,4	278±8,4	212±7,8

\*- значение существенно (p<0.05);

Наиболее значимым в оценке эффективности терапии является вирусологический ответ. Ранний вирусологический ответ – это исчезновение ДНК ВГВ или снижение вирусной нагрузки на 2 lg через 3 месяца от начала лечения, поздний – через 6 месяцев. Прекращение вирусной репликации свидетельствует о вирусологической ремиссии, а ее сочетание с биохимической – о полной ремиссии. Целью любого лечения является достижение не только полной, но и длительной (6-12 и более месяцев) и стабильной ремиссии.

В наших исследованиях ЭМТ оказало существенное воздействие на репликацию возбудителей. Через 3 месяца лечения у больных 1 и 2 группы ДНК ВГВ выявлялась только в 55,6 и 44,4% случаев.

Концентрация вируса гепатита В в крови через 4 недели лечения снизилась в обеих сравниваемых группах, в то же время, у больных, получавших комбинированную терапию, вирусная нагрузка снизилась в 4 раза, по сравнению с исходным показателем, тогда как в 1 группе – только в 2 раза (таб. 4). Такая же тенденция сохранялась и через 3 месяца лечения. В конце лечения (через 6 месяцев) произошла сероконверсия HBeAg на anti-HBe у всех больных, HBsAg продолжал обнаруживаться у 48,9% наблюдаемых больных, но репликация вируса в обеих группах не установлена.

В ходе проведения лечения пациенты обеих групп хорошо переносили ПВТ, типичной для парентеральных интерферонов гриппоподобной реакции нами не было зарегистрировано. Лечение завершили 41 из 45 больных, у 4 человек оно было прервано через 5 месяцев в связи с выездом.

Аллергические реакции имели место у 2 (11,1%) больных, получавших ЭМТ и энтекавир, в виде необильной уртикарной сыпи. Эти же па-

**Таблица 4**

**Динамика вирусной нагрузки на фоне лечения (концентрация ДНК вируса гепатита В в сыворотке крови – копий/мл)**

Концентрация вируса гепатита В в крови	1 группа ЭМ-монотерапия n=22	2 группа ЭМТ + энтекавир n=15	P
До лечения (1)	1978000±3715	2016000±4128 (5)	>0.5
Через 4 недели лечения (2)	916000±1182	513000±673 (6)	<0.01
Через 3 мес. лечения (3)	57000±313	13281±111 (7)	<0.001
Через 6 мес. лечения (4)	Не обнаружено	Не обнаружено	
P	1-2 < 0.05 2-3 < 0.01 1-3 < 0.001	5-6 < 0.01 6-7 < 0.001 5-7 < 0.001	

циенты жаловались на головную боль и тошноту. Осложнений со стороны психоэмоциональной сферы – раздражительности, плаксивости, сонливости, – не выявлено. У 4 больных (14,8% случаев), получавших ЭМТ, отмечалась бессонница и головокружение.

Серьезных нежелательных явлений, повлекших снижение дозы препарата или отмену терапии, не отмечено.

**Выводы**

1. Биохимическая ремиссия электромагнитной терапии (по АлАТ) у больных ХГВ и ХГД через 3 месяца составила 100%, а при комби-

нированной (ЭМТ+энтекавир) – 83,4%. Полная клинико-лабораторная ремиссия у больных 1 и 2 групп, была достигнута к концу 6-месячного лечения.

2. У больных, получавших ЭМТ+энтекавир, в начале лечения отмечалось биохимическое обострение гепатита (АлАТ – 0,58±0,14 мккат/мл). В то же время к концу лечения (через 6 месяцев) биохимическая ремиссия была установлена у всех больных, причем при комбинированной терапии снижение активности АлАТ было интенсивнее (0,09±0,04 мккат/мл), чем при ЭМТ (0,13±0,11 мккат/мл).

3. Положительный эффект использования ЭМТ сопровождается существенным повышением уровня гемоглобина, лейкоцитов и тромбоцитов. У больных же, получавших ЭМТ+энтекавир, к концу 6 месяцев лечения отмечены умеренная лейко- и тромбоцитопения, не было положительной динамики и в содержании гемоглобина.

4. У больных ХГВ целесообразнее применять комбинированную схему терапии (ЭМТ+энтекавир), позволяющую быстро и значительно снизить вирусную нагрузку и достичь полной ремиссии. Проведение моно-ЭМТ оправдано у больных ХГВ с низкой (от 2000 копий/мл) и умеренной вирусной нагрузкой.

5. Моно- и комбинированная с энтекавиром электромагнитная терапия хорошо переносится больными, не дает тяжелых побочных эффектов, аллергические реакции зарегистрированы только в 11,1% случаев у больных, получавших энтекавир.

6. Высокоэффективные, удобные в применении, относительно недорогие приборы «DETA-AP» и «DETA-Ritm» в комбинации с нуклеозидным препаратом энтекавир повысят доступ к

лечению большего числа пациентов с хроническими вирусными гепатитами в странах с ограниченными финансовыми возможностями.

**Литература**

1. Аванесова Е.Г., Аванесова Т.С., Готовский М.Ю. и др. Клинические аспекты применения ВРТ «ИМЕДИС-ТЕСТ» в педиатрии //Методическое пособие.- «ИМЕДИС», Москва, 2011.-191 с.

2. Информационный бюллетень Департамента Государственного санитарного эпидемиологического надзора. – Бишкек, 2011. – 28 с.

3. Коноплёв С.П., Гханнам Т.Н. Вегетативный резонансный тест // Методические рекомендации. – НПП «ЭЛИС», 2011.-114 с.

4. Сторожаков Г.И., Никитин И.Г., Покровский В.В. и др. Эффективность энтекавира по сравнению с ламивудином при лечении пациентов хроническим гепатитом В // Материалы VII Российской научно-практической конференции «Вирусные гепатиты – эпидемиология, диагностика, лечения и профилактика.-М., 2007.- С.233-235.

5. Салия Н.Т. Возможности биорезонансной терапии и перспективность ее применения в клинической практике // Тезисы и доклады VI международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии» часть II М.,2000.- С 197-201.



## DETA-терапия ПОЛИПОЗОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

### Аннотация

В работе приводятся результаты исследований лечения полипов желчного пузыря посредством бесконтактной электромагнитной терапии в диапазоне частот от 0,1 до 10 000 Гц приборами серии Deta-Ritm и Deta-AP. Показано, что индивидуально подобранное воздействие на факторы патогенеза полипоза позволяет восстановить слизистую оболочку желчного пузыря.

### Введение

Жёлчный пузырь (лат. vesica fellea) представляет собой мешкообразный резервуар для вырабатываемой в печени жёлчи; он имеет удлинённую форму с одним широким, другим узким концом, причем ширина пузыря от дна к шейке уменьшается постепенно. Длина жёлчного пузыря колеблется от 8 до 14 см, ширина – от 3 до 5 см, ёмкость его достигает 40-70 см<sup>3</sup>. Он имеет тёмно-зелёную окраску и относительно тонкую стенку. В жёлчном пузыре различают дно (лат. fundus vesicae felleae), самую дистальную и широкую часть, тело (лат. corpus vesicae felleae) – среднюю часть, и шейку (лат. collum vesicae felleae) – периферическую узкую часть, от которой отходит пузырный жёлчный проток (лат. ductus cysticus), сообщающий пузырь с общим жёлчным протоком (лат. ductus choledochus) объединяющийся затем с главным протоком поджелудочной железы и, через сфинктер Одди, открывающийся в двенадцатиперстную кишку в фатеровом сосочке. После очередного приема пищи желчный пузырь сокращается и желчь из него по протокам (соединяясь по пути с секретом поджелудочной железы) поступает в двенадцатиперстную кишку, способствуя перевариванию пищи. Одновременно желчь подавляет рост гнилостных бактерий в кишечнике. При различных заболеваниях желчного пузыря изменяется его объем, нарушается способность концентрировать желчь и правильно сокращаться. Все это приводит к застою желчи и формированию в стенке желчного пузыря различных изменений.

Полип желчного пузыря – это патологическое, но как правило, доброкачественное разрастание слизистой желчного пузыря, выступающее в его просвет и имеющее округлую форму. Полипы могут быть одиночными и множественными (в таком случае говорят о полипозе желчного пузыря). Впервые диагностировать полипы желчного пузыря стали с

30-х годов прошлого века при внедрении методов рентгенологической диагностики. Но об истинной распространенности полипоза желчного пузыря стало известно лишь с 80-х годов прошлого века после широкого внедрения в медицинскую практику методов ультразвуковой диагностики.

Косвенно диагноз подтверждается лабораторными (исследование желчи, взятой путем зондирования) и эндоскопическими исследованиями, выявляющими нарушение функции желчного пузыря.

В настоящее время считается, что полипы желчного пузыря встречаются у 4-6% населения из них 80% – это женщины после тридцати лет. Холестериновые отложения в слизистую составляют 60-80% из всех доброкачественных образований желчного пузыря. Перерождение же, по данным некоторых авторов, наблюдается в 10-30% случаев. Термин «полипы» является собирательным и включает в себя целый ряд различных заболеваний желчного пузыря, протекающих по общим клиническим признакам и имеющих одинаковую картину при диагностических исследованиях.

Выявляются следующие заболевания:

Псевдополипы

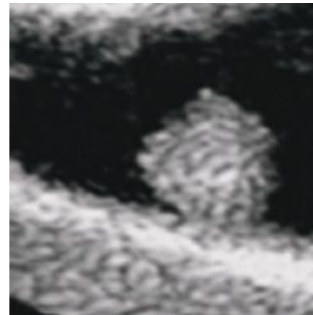
1. Холестериновые полипы (наиболее частая категория)
2. Аденоматозная гиперплазия
3. Воспалительная гиперплазия
4. Папиллярная гиперплазия

Истинные полипы

1. Аденома
2. Аденокарцинома
3. Карциноид

Гамартома (синдром Пейтца-Егерта)

Причины формирования полипов кроются в наследственных особенностях обмена веществ и строения слизистых оболочек, поэтому заболевание это часто бывает наследственным. В группе риска формирования полипов в любом органе состоят лица, у близких родствен-



Полип желчного пузыря

ников которых уже были обнаружены полипы. Ведущую роль в развитии патологии играет стресс, нарушение обмена липидов, в том числе холестерина, определенное значение при этом отведено и алиментарному фактору (избыточное употребление жареной и жирной пищи), заболеваниям гепатобилиарной системы: дискинезии желчевыводящих путей, гепатиты различного происхождения, желчнокаменная болезнь и ее осложнения, холециститы.

Холециститы, вызывается чаще условно патогенной микрофлорой: кишечной палочкой, стрептококком, стафилококком, реже протеем, синегнойной палочкой, энтерококком, изредка обусловлены патогенной микрофлорой (шигеллы, брюшнотифозные палочки), вирусной и протозойной инфекцией, гельминтами. Возбудители заболевания проникают в желчный пузырь гематогенным (через кровь), лимфогенным (через лимфу) и контактным (из кишечника) путем. Инфекция может попасть в желчный пузырь по общему желчному и пузырному протокам из желудочно-кишечного тракта (восходящая инфекция). Распространение инфекции из двенадцатиперстной кишки в желчевыводящую (билиарную) систему чаще наблюдается при пониженной кислотообразующей функции желудка, недостаточности сфинктера Одди и наличии дуоденита и дуоденостаза. Полипы желчного пузыря (полипоз желчного пузыря) редко вызывают какие-либо симптомы, в отличие, например, от желчнокаменной болезни. При полипах желчного пузыря может быть дискомфорт в верхних отделах живота, чаще в правом подреберье, плохая переносимость каких-либо видов пищи. Такие жалобы не являются специфическими именно для данного заболевания и встречаются при многих других заболеваниях внутренних органов, поэтому диагностировать полипы целенаправленно достаточно сложно. Как правило, полипы выявляются случайно при проведении УЗИ органов брюшной полости, которое было назначено больному с подозрением на хронический панкреатит или холецистит. Но если полип очень большой или на длинной ножке, то он может закупоривать просвет желчного пузыря, вызывая при этом приступы печеночной колики в виде резких болей в правом подреберье, тошноты и рвоты. Иногда в таких случаях больному приходится в экстренном порядке удалять желчный пузырь. Удалению подлежат:

- полипы, сочетающиеся с камнями желчного пузыря;
- полипы, имеющие размер более 1 см;
- полипы, дающие выраженную клиническую симптоматику, то есть те полипы, которые беспокоят человека, нарушая его обычную жизнедеятельность, снижающие качество жизни;

- сочетание полипов желчного пузыря с семейным полипозом толстого кишечника (заболевание, передающееся по наследству)

- полипы, которые быстро увеличиваются в размерах.

- при отягощенном онкологическом анамнезе, наследственной предрасположенности.

Здесь нужно уточнить, что значит «быстро увеличиваются в размерах». Это значит, что полип увеличивается за год более чем на 2 мм. Все полипы, которые не подлежат удалению, должны наблюдаться. Для этого человек должен проходить ультразвуковое исследование на регулярной основе. После обнаружения полипа повторное ультразвуковое обследование должно проводиться через месяц, затем через полгода, а в дальнейшем – 1 раз в год пожизненно. Если же обнаруженный полип подлежит удалению, но человек по какой-то причине отказывается от операции, то ультразвуковое обследование он должен проходить через месяц, а затем каждые полгода постоянно. Казалось бы, если полип небольшой и никак себя не проявляет, то может быть стоит оставить его в покое и никак не лечить? К сожалению, это невозможно, так как на основании многочисленных исследований установлено, что полипы достаточно часто перерождаются в злокачественные опухоли.

Академическая медицина утверждает – консервативно можно лечить только холестериновые отложения, которые имеют вид полипов. В таком случае назначается специальная диета, лечебные зондирования и тюбажи, желчегонные лекарственные препараты. Специфической профилактики не существует. Но при выявлении полипов желчного пузыря целесообразным является соблюдение правильного режима питания. Еда должна быть сбалансированная, богатая на витамины, полезным является употребление большого количества свежих овощей и фруктов, активные занятия физкультурой и спортом.

### Цель исследования

Оценка эффективности биорезонансной терапии приборами Deta-Ritm и Deta-AP полипоза желчного пузыря.

### Материалы и методы

Под наблюдением с полипозом желчного пузыря находилось 22 человека в возрасте от 14 до 70 лет, женщины – 17, мужчины – 5. С установленным диагнозом – 5 первично выявленным – 17. Исследование проводилось с 2009 по 2012 год. Обследование пациентов включало: сбор анамнеза, физикальные исследования, лабораторные [клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи], инструментальное – УЗИ, диагностика по методу Х. Шиммеля на приборе «Deta-Professional». Диагностический алгоритм

включал диагностические цепочки с препаратами указателями: при холестериновых полипах – Vesica fellea+Tunica mucosa+ Cholesterinum; воспалительных - Vesica fellea+Cholecistitis+ этиологические препараты указатели (бактериальные, паразитарные, гепатогенные, электромагнитные, радионуклеиды, тяжёлые металлы и другие токсины); папилломатозная гиперплазия- Vesica fellea+Tunica mucosa+шкала Acidum fluoricum( Acidum fluoricum 27); аденоматозной гиперплазии- Vesica fellea+Tunica mucosa+шкала Acidum fluoricum( Acidum fluoricum 26) +этиологические препараты указатели; аденоме желчного пузыря – Vesica fellea+ Adenomyose Gallenblase+ этиологические препараты указатели (бактериальные, паразитарные, гепатогенные, электромагнитные, радионуклеиды, тяжёлые металлы и другие токсины); злокачественные новообразования – Vesica fellea+ препараты указатели онкологического процесса+ этиологические препараты указатели (бактериальные, паразитарные, гепатогенные, электромагнитные, радионуклеиды, тяжёлые металлы и другие токсины);

Для определения психовегетативных нагрузок использовался препарат Talamus D4, степень выраженности у 5-1; 10-2; 3-3; 2-4; 1-5. При тестировании резонансно диагностической шкалы EP для определения психо-эмоционального статуса состояние хронического стресса отмечено у 100% обследуемых: нижний этаж-6, средний – 10, высокий – 4, очень высокий – 2

В результате обследования у пациентов выявлено: 11 холестериновых полипов (женщины-8, мужчины-3), воспалительные-5 (женщины-4, мужчины-1), папилломатозные-4 (женщины-2, мужчины-2), аденома-1 (женщины-2), аденокарцинома-1 (женщина); отягощения: бактериальные, паразитарные, гепатогенные, электромагнитные, радионуклеидами, тяжёлыми металлами и другими токсинами. В том числе: B.Coli -5, Streptococcus faec.-8, Streptococcus haemolyticus-2, Streptococcus viridans-7, Staphylococcus spp.-3, Epstein-Barr-2; Adenoviren-3, Pseudomona aeruginosa 1, Proteus spp.-3, Lamblia int., 4 Amoben 1, Ascaridaen -2, Fasciola hepatica -1, Salmonella typhi murium-3, Salmonella typhi 2, Shigella- 2; Тяжелыми металлами и токсическими соединениями-22; Радионуклиды-6; - Геопатогенное-19;

- Сочетанное поражение -22.

-Повышенный уровень холестерина крови-17.

Повторное исследование проводилась ежемесячно в течении 1 года.

Терапия реализована на приборах электромагнитной терапии серии Deta-Ritm и Deta-AP, индивидуально подобранными программами электромагнитной терапии в частотном диапазоне от 0.1 до 10 000 Гц. Deta- Ritm использо-

ваны программы: Глубокая очистка, Регуляция ЖКТ, Печень, Дискинезия желчевыводящих путей и др. из раздела «Гепатология»; Обмен веществ, Обновление клеток органов, Регуляция КЩР, Регуляция гепатобилиарной системы, седативный и спазмолитический эффекты. Deta-AP: программы из разделов: Детоксикация, Гепатология, Гастроэнтерология. Аллергия, Эффекты, Неврология, Кардиология, Психиатрия, Болезни, вызванные гельминтами, простейшими, грибами, бактериями, вирусами и др.

Амбулаторное лечение было разделено на несколько курсов и продолжалось от 2 месяцев до 1 года месяцев в зависимости от особенностей основного заболевания.

### Результаты

В результате проведённого лечения приборами DETA-Ritm и DETA-AP, индивидуально подобранной диеты, комплекса ЛФК все пациенты отметили положительную динамику общего самочувствия и данных объективных методов исследования. В течении первого месяца нормализовался уровень холестерина у 3-х пациентов, ко второму у 2-х, к 3-ему и 4-ому 3, к 6-ому у всех пациентов. Холестериновые полипы у наблюдаемых уходили начиная с третьего месяца назначения терапии, к 8-ому месяцу холестериновые полипы отсутствовали у всех пациентов. Замечено, полипы исчезали через 1-2 месяца после нормализации показателей холестерина крови. Воспалительная гиперплазия уходила начиная со 2-го месяца, восстановление слизистой наступило у 100%-к 7-ому месяцу. Папилломатозные полипы рассасывались от 3-го к 5-му месяцу; аденома – в 8 месяцев; аденокарцинома отсутствовала после 10 месяцев терапии. Продолжительность восстановления слизистой желчного пузыря зависела от индивидуальных особенностей здоровья пациентов. Рецидивов заболевания не наблюдалось.

### Выводы

Электромагнитная терапия приборами DETA-Ritm и DETA-AP является эффективным методом лечения полипов желчного пузыря. DETA-терапия устраняет инфекционно-токсическую и другие виды нагрузок, тем самым приводит к нормализации метаболических процессов, восстановлению структуры слизистой ткани желчного пузыря, улучшению психологических, нейрофизиологических показателей и качества жизни пациентов.

Побочных реакций на фоне проводимой терапии не отмечено. Полученные в ходе настоящего исследования результаты, позволяют рекомендовать электромагнитную терапию DETA-Ritm и DETA-AP пациентам всех возрастных групп независимо от наличия сопутствующих заболеваний.

124482, Москва, Зеленоград, Савелкинский проезд, д.4,  
здание «Бизнес-Центр», этаж 15.  
Телефон: +7 (495) 981 91 62

[www.deholding.info](http://www.deholding.info)