

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ КВЧ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

И.Б.Хлынов, Л.П.Ларионов, В.А.Матвеев

Новым, перспективным и эффективным физиотерапевтическим методом лечения язвенной болезни является КВЧ-терапия. Суть метода заключается в воздействии на организм электромагнитных волн (ЭМВ) миллиметрового диапазона, имеющих частоту 30-300 МГц. Согласно теории акад. Н.Д.Девяткова с соавт. (1991) миллиметровые волны – не случайный для живых организмов фактор. Подобные сигналы вырабатываются и используются самим организмом для регулирования восстановительных и приспособительных процессов. Внешнее же облучение лишь имитирует сигнал.

Поскольку КВЧ-терапия – новый метод, то, естественно, необходимы исследования для отработки максимально эффективных схем ее применения. В настоящее время имеется большой материал по определению необходимого времени воздействия, по выбору наиболее эффективных зон КВЧ-терапии, по применению оптимальных резонансных частот (длин волн) КВЧ-излучения (Девятков Н.Д., 1991).

Нами была поставлена цель: дальнейшее совершенствование методики КВЧ-терапии язвенной болезни в плане выявления наиболее эффективного режима КВЧ-излучения в лечении этой патологии. Для разработки поставленной задачи был применен аппарат "Адаптон-КВЧ-7", имеющий 12 режимов работы, генерирующий ЭМВ длиной 7,1 мм, частотой 42190 МГц. Мы исследовали 4 базовых режима:

- 1) НГ-ЧМ – в данном режиме осуществляется непрерывная генерация излучения с модулированной частотой 42190±50 МГц;
- 2) НГ-ЧФ – непрерывная генерация с фиксированной частотой 42190 МГц;
- 3) ИГ-ЧФ – импульсная генерация с соотношением времени работы к паузе 3/2, с фиксированной частотой 42190 МГц;
- 4) ИГ-ЧМ – импульсная генерация с модулированной частотой.

Группу наблюдения составили 39 больных. У 12 диагностирована язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) с локализацией язвы в теле желудка, у 25 – язвенная болезнь 12-перстной кишки. Длительность заболевания у всех больных не превышала 5 лет. Группа состояла из 21 мужчины и 16 женщин. Средний возраст больных – 43 года. Группа была разбита на 4 подгруппы по числу исследуемых режимов. Номер подгруппы соответствовал номеру режима. Составы подгрупп максимально сближены по возрастному, половому составу и распределению больных по локализации и размерам

язвы. В I, 3 и 4-ю подгруппы включены по 3 больных с ЯБЖ и по 6 чел. - с ЯБДК, во 2-ю подгруппу - 3 больных с ЯБЖ и 7 - с ЯБДК.

Базисной медикаментозной терапией для больных ЯБЖ являлся цитопротектор де-нол, для пациентов с ЯБДК - блокатор H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина второго поколения - ранитидин. Курс КВЧ-терапии состоял из 12 сеансов по 30 мин, зона воздействия - эпигастральная область. Эффективность лечения оценивали по следующим показателям: а) сроку субъективного купирования болевого синдрома; б) времени объективного купирования боли (отсутствие боли при пальпации); в) динамике данных фиброгастродуоденоскопии (ФГДС).

В результате проведенного лечения средние сроки купирования боли по субъективной оценке больными составили 3,8 дня при режиме НГ-ЧМ; 4,7 дня - при режиме НГ-ЧФ; 4,9 дня - при режиме ИГ-ЧФ; 5,8 дня при режиме ИГ-ЧМ. Исчезновение болевого синдрома при пальпации зарегистрировано в среднем по подгруппам в следующие сроки: в I-ой подгруппе - 5,9 дня, во 2-ой - 7,3 дня, в 3-ей - 7,1 дня, в 4-ой - 8,2 дня. При динамической ФГДС, которая проводилась до и после КВЧ-терапии, рубцевание наступило: в I-ой подгруппе - у 8 больных из 9, во 2-ой подгруппе - у 8 из 10, в 3-ей подгруппе - у 7 из 9, в 4-ой - у 6 из 9. Выраженная положительная эндоскопическая динамика (уменьшение язвы более чем наполовину) отмечалась у одного больного в I, 2, 3-ей подгруппах, у двух больных - в 4-ой подгруппе. Умеренная положительная эндоскопическая динамика (уменьшение язвы менее чем наполовину) зафиксировано у одного больного во 2-ой подгруппе и у одного больного в 4-ой подгруппе. Отсутствия динамики по данным ФГДС в группе наблюдения не зарегистрировано. Переносимость КВЧ-терапии у всех больных была хорошая, побочных эффектов не зарегистрировано.

Математическая обработка полученных средних величин по срокам купирования боли при субъективной оценке показала достоверность разницы сравниваемых результатов между 2-ой и 3-ей подгруппами ( $t < 2,2$ ). В остальных сравниваемых подгруппах разница результатов достоверна ( $t \geq 2,2$ ). Аналогичные результаты выявлены при обработке полученных данных по критерию объективной оценки купирования болевого синдрома.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Наиболее эффективным режимом КВЧ-терапии ЯБЖ и ЯБДК является режим НГ-ЧМ.

2. Несмотря на более низкие показатели ремиссии на режиме ИГ-ЧМ, он может быть рекомендован для лечения ЯБЖ и ЯБДК у лиц пожилого воз-

раста или с тяжелой сопутствующей патологией, которым по современным канонам КВЧ-медицины показаны падящие режимы лечения КВЧ-излучением.

3. Достоверной разницы в лечении режимами ИГ-ЧФ и ИГ-ЧФ не выявлено.

### КРИСТАЛЛОГРАФИЯ КАК МЕТОД СКРИНИНГ - ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

А.М.Чердниченко, Л.Н.Малямова, С.Д.Захарова,  
В.Н.Бочкарева, Г.Ф.Дробилко

Хронические заболевания пищеварительной системы у детей широко распространены и диагностируются в различных возрастных группах, включая и детей периода новорожденности (Захарова С.Д., 1992, Балдина Н.С. с соавт., 1992, Жаков Я.С. с соавт., 1992, Плевако И. В. с соавт., 1992). Постепенное, нередко малосимптомное начало, отсутствие новорожденности у родителей и врачей-педиатров относительно заболеваний органов пищеварительного тракта приводит к тому, что их истинная распространенность значительно больше, чем показатель обращаемости в лечебно-профилактические учреждения.

Для диагностики заболеваний пищеварительной системы использует ся довольно большой объем таких инвазивных методов исследования, как дуоденальное и желудочное зондирование, эзофагогастродуоденоскопия и др., в ряде случаев без достаточно четко разработанных показаний. Нередко дети негативно относятся к проведению инструментальных исследований. Что же касается новорожденных детей, то проведение подобных исследований у них крайне затруднено.

Все вышесказанное делает чрезвычайно важным поиск методов скрининг-диагностики заболеваний органов пищеварения. В настоящее время в гастроэнтерологическом отделении детской больницы № II и в детской клинике института охраны материнства и младенчества используется метод кристаллографии биологических субстратов.

Метод разработан канд.биол.наук Г.В.Плаксиной (Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф.Владимирского) и основан на способности ряда кристаллообразующих веществ ( $NaCl$ ,  $CuCl_2$ , нингидрин и др.) образовывать различные текстуры в зависимости от структурного состава и плотности сложнобелкового геля.