

УДК 616.36-004-07

Альтернативные методы диагностики заболеваний печени

Лудан Вера Васильевна, кандидат медицинских наук, доцент
Куница Виктор Николаевич, кандидат медицинских наук, доцент
Польская Людмила Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент
Шахназаров Александр Александрович, кандидат медицинских наук, ассистент
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»,
Симферополь

Аннотация. Одним из инновационных направлений организации медицинской помощи является персонализированная медицина, которая позволяет подобрать индивидуальные диагностические средства в зависимости от биологических, физических и генетических особенностей человеческого организма. Диагностику предполагается проводить по биофизическим особенностям. В условиях пандемии новой корона вирусной инфекции, проведение аппаратных методов исследования становится опасным из-за возможного заражения при близком контакте с больным. Также имеет значение скорость и точность проведения диагностики. Использование метода исследования информационных полей с помощью распознавания электромагнитных колебаний может решить поставленные задачи. В статье представлен сравнительный анализ результатов альтернативных и стандартных методов обследования пациентов в диагностике цирроза печени с синдромом портальной гипертензии. Обследовано 50 больных терапевтического отделения с помощью биорезонансной диагностики аппаратом Оберон 11. На основании многофакторного анализа были отобраны 20 пациентов с подозрением на заболевание печени, которым в дальнейшем был проведен комплекс стандартной диагностики. Результаты обследования больных биорезонансным методом оказались сопоставимыми с данными общепринятых методик доказательной медицины.

Ключевые слова: цирроз печени; портальная гипертензия; стандартная диагностика; биорезонансная диагностика; торсионные поля.

Останнім часом відзначається серйозний інтерес клініцистів до вивчення і використання персоналізованої медицини та альтернативних методів обстеження пацієнтів з різною патологією внутрішніх органів. Діагностика на ранній стадії і ефективне лікування здавна є запорукою успішного одужання від хвороб [6]. У світі існує, в основному, два види діагностики та лікування: офіційна і нетрадиційна медицина. Офіційна медицина використовує загальноприйняті класичні методики доказової медицини. Нетрадиційна медицина використовує альтернативні методи, які також популярні у пацієнтів.

Вони є спадщиною медицини попередніх часів з використанням в різних країнах, методик і технологій, що розвиваються. У другому тисячолітті історія розвитку природничих наук доповнилася новим витком спіралі наукового пізнання законів світобудови — початком активного дослідження Фізичного Вакууму, який є основою інформаційного поля всесвіту, завдяки виникненню в ньому торсійних полів. Поняття торсійне поле, яке є породженням спина, що характеризує обертання елементарної частинки навколо своєї осі, ввів французький математик Е. Картан.

Спін — це кутове обертання незалежних частинок в фізичному вакуумі, який і є джерелом торсійного інформаційного поля [4]. Російськими вченими А.Е. Акімовим і Г.І. Шиповим було доведено, що торсійне поле супроводжує електромагнітні поля і здатне переносити інформацію, не переносючи при цьому енергію. Цей клас торсійного поля, утвореного спіном електрона, був названий електроторсійним [10]. Було вивчено і застосовано новий клас природних явищ - перенесення інформації про речовину через торсійне випромінювання і вплив цієї інформації на фізичні і біологічні процеси. Характерною особливістю торсійних полів є низький рівень енергоємності і дивно великий рівень інформаційної ємності зі сприятливим впливом на організм людини правообертуючого торсійного поля [10]. На цьому і ґрунтується діагностична і лікувальна дія торсійних полів. При випробуванні методу використання торсійних полів в медицині отримано позитивний ефект, який пов'язаний з процесом

відновлення ДНК при втраті частини її подвійної спіралі і синтезом інформаційної РНК.

Реакція організму на інформаційний вплив з застосуванням лікувального ефекту виникає на двох рівнях — генетичному та тканинному. У 1988 році російськими вченими був розроблений критичний датчик, уловлюючий слабопомітні хвильові сигнали торсійних полів, який став основою створення апарату біорезонансної діагностики для дослідження і корекції торсійного поля людини, яке традиційно називають біополем. У 2000 році Міністерство охорони здоров'я Росії випустило Методичні рекомендації під назвою «Біорезонансна терапія» №2000/74. В цьому ж році біорезонансна терапія була дозволена до застосування Міністерством охорони здоров'я Росії і включена до Державного реєстру медичних технологій [1]. За рекомендаціями авторів біорезонансної діагностики, для її об'єктивності, результати досліджень повинні бути доповнені і підтверджені діагностичними методами традиційної медицини. Крім методичних рекомендацій, біорезонансна терапія офіційно включена в список номерних медичних послуг, відображено в наказі Мінздоровсоцрозвитку Росії №1664н від 27 грудня 2011 г. [9].

Останнім часом в цьому напрямку проводиться обстеження хворих з різною патологією, накопичується клінічний досвід, обговорюються результати досліджень, які прийнятні при проведенні диспансеризації населення. Вивченню однієї з нозологій було присвячено і наше дослідження.

Мета даної роботи — порівняти діагностичну цінність і порівнянність результатів обстеження хворих на цироз печінки з синдромом портальної гіпертензії, використовуючи біорезонансну діагностику апаратом Оберон 11 і стандартні методи обстеження, а також теоретично обґрунтувати оцінку біополя людини, як методу діагностики захворювань і визначити особливості діагностики захворювань в персоналізованій медицині.

Матеріали та методи. Метод дослідження інформаційних полів за допомогою розпізнавання електромагнітних коливань — це метод діагностики індивідуальних особливостей людини, що дозволяє забезпечити його персоналізоване

застосування. У процесі дослідження було вивчено і застосовано новий клас природних явищ — перенесення інформації про речовину через торсіонне випромінювання і вплив цієї інформації на фізичні і біологічні процеси в організмі людини. Цей метод передбачає оцінку інформаційного біополя, його напрямку і частоту окремо для кожної структурної одиниці організму людини: клітини, тканин, органів і систем. Він дозволяє оцінити рівень електромагнітних коливань кожної структурної одиниці при патології і порівняти його з нормою. Використовуючи метод біорезонансної діагностики апаратом Оберон 11, нами обстежено 50 хворих терапевтичного відділення без вивчення їх скарг, анамнезу та об'єктивного статусу. Далі було сформовано 2 групи подальшого спостереження. У 1-у групу увійшли 20 осіб, у яких було запідозрено захворювання печінки: 10 чоловіків і 10 жінок у віці від 50 до 65 років. 2-у групу склали 10 осіб: 6 жінок і 4 чоловіки у віці від 50 до 60 років без патології печінки (контрольна група).

В процесі роботи проводилося первинне обстеження хворого за допомогою біорезонансної діагностики апаратом Оберон 11 і на підставі багатфакторного аналізу формувався первинне діагностичне судження про наявність чи відсутності патології печінки. Потім призначалося стандартне обстеження з подальшим порівняльним аналізом результатів. Принцип біорезонансної діагностики полягає в тому, що клітини всіх живих організмів мають власне інформаційне змінне біополе, яке коливається з певною частотою. Апарат Оберон 11, на якому проводиться таке обстеження, аналізує електромагнітні коливання стовбурових структур головного мозку, в яких знаходиться вся інформація про організм людини, відстежуючи зміни характеристик біополя людини. Ця інформація зчитується безконтактним способом за допомогою тригерних датчиків, які розташовані в навушниках. Потім отримана інформація обробляється програмою комп'ютера і видає результат на монітор. В основі діагностики лежить порівняння віртуальної моделі різних нозологічних форм захворювань, наявних в пам'яті комп'ютера, з реальною інформацією, знятою з конкретного пацієнта [10]. Програмне забезпечення комп'ютера дозволяє підійти до діагностики патологічного процесу з декількох позицій: вимірювання вираженості деструктивного процесу в органі, дисперсного аналізу з використанням імперативної, віртуальної і абсолютної моделей, ентропійного аналізу і результатів графічних зображень.

Виразність деструктивного процесу в контрольних точках на знімку оцінюється за кольоровою шестибальною логарифмічною поліхромною шкалою Флейндлера, представленій у вигляді маркерів, які накладаються на зображення моделі органу і дозволяють також визначити локалізацію патологічного процесу. Таким чином, визначається як стан органу в цілому, так і окремих його частин. Маркери мають шість станів. Зіставляючи форму і колірну гамму маркерів, а також їх розташування на комп'ютерній моделі органу, ми можемо судити про протікання життєвих процесів біологічних систем і оцінювати їх динаміку.

Для прогнозування ступеня ймовірності розвитку патологічного процесу використовують ентропійний аналіз порівняння між здоровою тканиною і її конкретним патологічним станом в динаміці. В даному випадку програма використовує всю необхідну інформацію пацієнта, яка припадає на один виявлений патологічний стан, для вироблення статистично незалежного результату його розвитку. У програмі комп'ютера закладена імперативна, віртуальна і абсолютна моделі

діагностики. Імперативна і віртуальна моделі діагностики використовуються для прогнозування патологічного процесу. Абсолютна модель діагностики визначає захворювання, які входять до групи ризику для конкретного пацієнта. Результати обстеження хворого фіксуються у вигляді графіків, які відображають накладення віртуальної моделі захворювання на реальну модель, зняту у пацієнта.

Суть дисперсного аналізу біорезонансної діагностики в тому, що в пам'ять комп'ютера записана значна кількість патологічних процесів з урахуванням ступеня вираженості вікових, статевих та інших варіацій. Знявши частотні характеристики з органу, апарат Оберон 11 порівнює їх за величиною дисперсної схожості з еталонними процесами: здорові, патологічно змінені тканини і інфекційні агенти, а потім виявляє найбільш близький патологічний процес або тенденцію до його виникнення. Різниця дисперсної схожості органів, як здорових, так і патологічних, доведена математично і позначається англійською літерою D від 0 до 0,425, цифрове позначення якої відображає достовірність схожості понад 95%. Перенесені в минулому захворювання або наявна до них схильність відповідають дисперсної схожості D від 0,426 до 0,680.

Стандартні методи діагностики включали фізикальні методи обстеження хворого, лабораторне дослідження крові, ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини. Статистична обробка проводилася з визначенням t-критерію Стьюдента, який використовується для визначення статистичної значущості відмінностей середніх величин. У наших умовах при порівнянні вибірових середніх величин використовувались методи непараметричної статистики, серед яких найбільш відомим є метод U-критерій Манна - Уїтні (в якості двох вибірових критеріїв для незалежних вибірок) [3]. Розрахунок рангової кореляції проводився за методом Спірмена в непараметричних методах (за допомогою спрощеного методу) [2].

Результати та обговорення. У біорезонансної діагностики важливе місце займає вивчення напрямки руху спина, що відбивається на моніторі англійською літерою S червоного кольору — це правосторонній або південний напрямок, або літерою N синього кольору — це лівосторонній або північний напрямок. Південний напрямок характерно для збереженої функції системи регуляторних механізмів органу. Якщо домінує північний напрям, то це говорить про зниження функцій системи регуляторних механізмів органу і наявності патології даного органу або схильності його до захворювання. Якщо при проведенні біорезонансної корекції північний напрямок спина змінюється на південне, це означає, що стан функції регуляторних механізмів, можна змінити на краще і при відповідному лікуванні досягти сприятливого прогнозу. Але якщо це не відбувається, система регуляції знижена, що може привести до хронічної течії, або декомпенсації процесу при несвоєчасному лікуванні.

Тому за результатами обстеження хворі 1-ї групи були розподілені на дві підгрупи за характеристикою напрямки руху спина. До групи 1а увійшли 12 пацієнтів: 7 жінок і 5 чоловіків з лівостороннім (негативним) напрямком спина, а в групу 1б увійшли 8 пацієнтів: 3 жінки і 5 чоловіків з правостороннім (позитивним) напрямком спина.

У пацієнтів 1а групи були виявлені наступні показники вираженості деструктивного процесу печінки, представлені в таблиці 1.

Таблиця 1. Показники вираженості деструктивного процесу в печінці

№/п.	Стан регуляторних систем печінки при цирозі печінки з портальною гіпертензією	Відсоткове співвідношення
1	Напруга регуляторних систем	15±3,5%,

2	Астенізація регуляторних механізмів	35±6,0%,
3	Компенсовані порушення механізмів адаптації	45±6,5%,
4	Декомпенсація механізмів адаптації, виражені патологічні стани	5±2,0%.

Знявши частотні характеристики з органу і, порівнявши їх за величиною дисперсної схожості з еталонними патологічними процесами, нами були виявлені найбільш ймовірні патологічні процеси в організмі, котрі відповідали хронічного

гепатиту D 0,431 ± 0,013 з переходом в цироз печінки D 0,640 ± 0,021.

У пацієнтів 16 групи були виявлені наступні показники вираженості деструктивного процесу печінки, представлені в таблиці 2.

Таблиця 2. Показники вираженості деструктивного процесу в печінці

№/п.	Стан регуляторних систем печінки при цирозі печінки з портальною гіпертензією	Відсоткове співвідношення
1	Напруга регуляторних систем	30±3,4%,
2	Астенізація регуляторних механізмів	55±6,3%,
3	Компенсовані порушення механізмів адаптації	14±3,2%,
4	Декомпенсація механізмів адаптації, виражені патологічні стани	1±0,4%.

Знявши частотні характеристики з органу і, порівнявши їх за величиною дисперсної схожості з еталонними патологічними процесами, апарат Оберон 11 виявив найбільш ймовірні патологічні процеси: хронічний гепатит D 0,435 ± 0,004 з переходом в цироз печінки D 0,650 ± 0,024.

Після проведення біорезонансної діагностики і формулювання пер-первинних діагностичного судження на користь патології печінки всім 20 пацієнтам першої групи було призначено стандартне клінічне обстеження.

Для всіх 20 пацієнтів були характерні однотипні схожі скарги на незначну важкість у правому підбербер'ї, непереносимість жирної їжі, зниження апетиту, загальна слабкість, швидка стомлюваність. У анамнезі — зловживання алкоголем. При огляді шкірних покривів на грудях і обличчі виявлено поодинокі судинні зірочки, субіктеричність видимих слизових. Характерна еритема долонь спостерігалася рідко, не більше ніж у 8 (40%) хворих. При обстеженні живота пальпувалась печінка, що виступала з-під краю реберної дуги по середньоключичній лінії на 3 ± 1, 0 см, ущільнена, слабо болюча, з гострим, твердим краєм, а також збільшена, безболісна селезінка. При лабораторному дослідженні крові виявлено підвищення загального білірубіну крові за рахунок прямого 71 ± 2,6 мкмоль / л. Наявність цирозу печінки у всіх 20 (100%) пацієнтів було підтверджено ультразвуковим дослідженням (УЗД) печінки: розміри печінки по середньоключичній лінії склали 12см ± 1, 0 см, ехогенність паренхіми підвищена; селезінка збільшена, діаметр портальної вени 13, 05 ± 2,01мм. У черевній порожнині зазначалося невелика кількість вільної рідини.

При патології печінки вирішальну патогенетичну роль відіграють процеси апоптозу окремих гепатоцитів, що проявляється підвищенням рівня аланіноамінотрансферази крові (АЛТ) і білірубіну. Як результат реакції на пошкодження гепатоцитів, йде утворення вузлів печінкової тканини, що регенерує, які здавлюють кровоносні судини і жовчні протоки, сприяючи виникненню порушення мікроциркуляції, портальної гіпертензії та холестазу. Жовтяниця свідчить про активність процесу і про поганий прогноз [7, 8]. Нами визначено коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, який свідчить про наявність позитивного кореляційного зв'язку між станом центральної нервової системи і рівнем білірубіну крові у пацієнтів на цироз печінки з синдромом портальної гіпертензії. Результати загально-прийнятих стандартних методів діагностики підтвердили наявність цирозу печінки з синдромом портальної гіпертензії у всіх 20 (100%) пацієнтів, включених до протоколу дослідження.

За допомогою апарату Оберон 11 синдром портальної гіпертензії був запідозрений на підставі (при p = 0,05 і t більше 2) статистично значущої різниці величин дисперсної схожості

портальної вени у хворих цирозом печінки D I, 011 ± 0,210 і в осіб, які не мають захворювань гепатобіліарної системи – D 0,430 ± 0,015. У той час як за результатами УЗД діаметр портальної вени склав 13,05 ± 2,01 мм, тобто виявився на верхній межі норми. Отже, біорезонансна діагностика має більшу чутливість в діагностиці ранніх стадій формування портальної гіпертензії.

Результати дослідження АЛТ крові 45,0 ± 2, ТЄД / л (норма для чоловіків до 40, ТЄД / л, для жінок 30,0 Од / л) незначно відрізнялися від норми, що характерно для хворих на цироз печінки. Порушення антитоксичної функції печінки в поєднанні з гіпербілірубінемією призводить до розвитку енцефалопатії з можливим розвитком глибших порушень у центральній нервовій системі, аж до розвитку печінкової коми. При визначенні апаратом Оберон 11 дисперсної схожості сірої речовини головного мозку і нейронами були виявлені ознаки неврастенії D 0,412 ± 0,011 і невралгії D 0,420 ± 0,05 у всіх хворих на цироз печінки з синдромом портальної гіпертензії. Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (+0,7) підтверджує наявність позитивної сильної кореляційної зв'язку між рівнем білірубіну крові у пацієнтів на цироз печінки з синдромом портальної гіпертензії і станом центральної нервової системи. У 12 пацієнтів 1а групи зазначався північний напрямок спина, що свідчило про зниження системи регуляторних механізмів організму, яке супроводжувалося тривало високим рівнем загального білірубіну крові. У 3-х пацієнтів 1а групи північний напрямок спина при біорезонансній корекції змінювалось на південне, яке характерне для збереженої функції системи регуляторних механізмів організму. При цьому рівень загального білірубіну крові був дещо нижчим (35 ± 0,8мкмоль / л), а перебування в стаціонарі останніх було коротше на 4 дні, в порівнянні з хворими зі зниженою функцією регуляторних механізмів. Ці результати спостережень підтверджують, що торсіонне поле «правої закрученності» (правостороннє) впливає позитивно на життєдіяльність живих організмів, що відповідає даним літературних джерел [5, 11].

Висновки:

1. Метод резонансної діагностики — метод індивідуалізованої діагностики біофізичних змін в організмі людини, що обумовлені поразкою хворобою.

2. Метод резонансної діагностики може використовуватися в персоналізованій медицині, як додатковий метод діагностики. Результати обстеження хворих біорезонансним методом можна порівняти з даними стандартних методів діагностики.

3. Аналіз електромагнітних коливань стовбурових структур головного мозку через тригерні датчики, дозволяє оцінити стан систем організму людини. Об'єктом дослідження є торсіонні поля пошкоджених органів і систем на клітинному

рівні на предмет напрямку обертання їх спинив - лівосторонній або правосторонній.

4. Результати дослідження підтверджують, що правообертаючий (південний) напрямок спина позитивно впливає на перебіг і результат захворювання, в той час як лівообертаючий (північний) напрямок спина посилює клінічний перебіг і призводить до хронізації процесу.

5. Проведення біорезонансної корекції при патології, спрямований на зміну напрямку руху спина, сприяє підвищенню активності регуляторних механізмів організму і прискорює процеси одужання.

6. Процедура діагностики в порівнянні з існуючими методами, проводиться швидко і безконтактним шляхом, а дослідження не вимагає великих витрат. Це визначає її перевага і можливість використання для скринінгового обстеження в амбулаторних умовах.

Литература:

1. Биорезонансная терапия. Методические рекомендации Минздрава РФ № 2000/47. Доступно по: <http://khoroshih.com/?p=8349/> /. Ссылка активна на 11 марта 2021.

2. Гафарова Э. А. Возрастные гистологические цитоморфометрические преобразования печени крыс, подвергавшихся систематическому воздействию гипергравитации / Э.А. Гафарова, В.С. Пикалюк, М.А. Кривенцов // Журнал клинических и экспериментальных медицинских исследований. – 2013. – Т. 1, № 1. – С. 028-033.

3. Девятова Н.В. Ультраструктурные изменения слепой кишки после облучения и воздействия цереброспинальной жидкости // Морфологические науки и клиническая медицина: мат. Всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посв. 100-летию со дня рождения доц. Бриллиантовой А.Н. – Чебоксары, 2015. – С. 62-65.

4. Диагностика организма и всех систем [архив]. Доступно по: <https://nsp.zdorovje.narod.ru/info/diagnostika1.htm/>.

5. Крутиков С. Н. Грибы как элемент микрофлоры асцитической жидкости у больных с циррозом печени / С.Н. Крутиков, Ю.Л. Криворутченко, В.Н. Куница [и др.] // Успехи медицинской микологии. – 2003. – Т. 1. – С. 34-35.

6. Куница В. Н. Значение сопутствующей патологии при ведении больных с патологией пищеварительной системы / В.Н. Куница, Н.Х. Гафарова, Н.А. Новосельская // Дневник науки. – 2019. – № 4 (28). – С. 5.

7. Мазалова З. С. Гепатоцеллюлярная карцинома / З.С. Мазалова З.С., М.А. Кривенцов // Научно-методический электронный журнал Концепт. – 2017. – №. Т42. – С. 185-188.

8. Мостюк Е. М. Прогноз и профилактика послеоперационной печеночной недостаточности при механической желтухе / Е.М. Мостюк, В.Я. Деркач, М.А. Кривенцов [и др.] // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2015. – Т. 5, № 2 (18). – С. 48-51.

9. Применение биорезонансной диагностики аппаратом Оберон в больнице г. Омска [архив]. Доступно по: <https://aurum.com/metatron-i-oberon-v-omske/>.

10. Сарчук В.Н. Метод биорезонансной диагностики заболеваний и безлекарственной терапии информационным полем. – С.: Таврида; 2005. – 200 с.

11. Шелихова Е. О. Лекарственно-индуцированное поражение печени: новые возможности диагностики / Е.О. Шелихова, И.Л. Клярятская, Е.В. Максимова // Крымский терапевтический журнал. – 2020. – № 2. С. 63-68.