

Інформаційно-хвильова терапія як спосіб ефективного лікування туберкульозу легень

Ярешко А.Г.¹, Колбун М.Д.², Куліш М.В.¹

1. Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

2. Науково-дослідний інститут інформаційно-хвильових технологій НАН України, м. Київ, Україна

Матеріали та методи. Важливою причиною недостатньої ефективності антибактеріальної терапії туберкульозу є резистентність мікобактерій (МБТ). Із метою подолання цієї проблеми ми використали інформаційно-хвильову терапію (ІХТ) за допомогою апарата професора Колбуна М.Д. «ІХТ Поріг» у 87 хворих віком 19-65 років. 51,7 % пацієнтів мали вперше діагностований туберкульоз, чутливий до хіміопрепаратів, 48,3 % – резистентний. 50 хворих, зіставних за віком і клінічними формами вперше виявленого деструктивного туберкульозу легень зі збереженою чутливістю МБТ до хіміопрепаратів, становили контрольну групу.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що ІХТ запобігає розвитку резистентності МБТ у вперше виявлених хворих, прискорює та підвищує частоту припинення бактеріовиділення до 100 %. Для досягнення такого ефекту достатньо було 30 сеансів ІХТ. У хворих на мультирезистентний туберкульоз потрібно 40-50 сеансів ІХТ, а на туберкульоз із розширеною резистентністю – 50 і більше. Особливо важливим є вплив ІХТ на МБТ із мульти- й розширеною резистентністю. Відомо, що резистентність зумовлюють мутації генетичного апарату МБТ. Оскільки МБТ не мають плазмідної ДНК, то мутації можливі тільки шляхом фланкування інсерційних послідовностей нуклеотидів. Фланкування можливе на основі збалансованої частотних властивостей ДНК мікобактерій та інсерційних фрагментів ДНК. Апарат ІХТ випромінює електромагнітні хвилі, яким властива висока проникна здатність. Електромагнітні хвилі проникають крізь шкіру в глибокі тканини, впливають на соматичні й бактеріальні клітини, змінюючи частотні властивості їхнього генетичного апарату. Наведене електромагнітне поле ІХТ взаємодіє з електромагнітним полем ДНК генетичного апарату МБТ шляхом резонансу, зумовлює зміну їхньої структури та частотні властивості, внаслідок чого відбувається деблокування заблокованих мутацією ділянок ДНК мікобактерій, нормалізується їхня функція й відновлюється чутливість МБТ до дії протитуберкульозних препаратів, що підтверджується припиненням бактеріовиділення у хворих на резистентний туберкульоз легень уже через 1-2 місяці лікування. В основі позитивного впливу ІХТ на організм лежить передача енергії клітинам організму, що відновлює їхню функціональну здатність і швидко нормалізує самопочуття, апетит, сон хворого, відновлює детоксикаційну функцію організму, нівелює побічні ефекти хіміопрепаратів, чим забезпечує проведення повноцінного курсу лікування та його високу ефективність у строки у 2-3 рази коротші, ніж передбачено протоколом.

Другим позитивним ефектом запропонованого способу є скорочення тривалості курсу лікування з 20 до 6-8 місяців. За цей період припиняється бактеріовиділення та загоюються порожнини розпаду легень. Пацієнт одужує.

Третім позитивним ефектом є здатність ІХТ профілактувати й усувати ускладнення та побічні реакції організму

хворого на хіміопрепарати. Це забезпечує нормальну переносимість хіміотерапії. Хворі не порушують режим прийому препаратів, їм проводиться повноцінний курс лікування.

Четвертим позитивним ефектом є відсутність негативного впливу ІХТ на організм хворого. Незалежно від частоти та тривалості дії випромінювання апарат чинить виражений позитивний вплив на організм, що визначає відсутність протипоказань для застосування з метою лікувальних процедур.

Запропонований спосіб відновлення чутливості МБТ, резистентних (у тому числі мультирезистентних і з розширеною резистентністю) до протитуберкульозних препаратів, вивчався в клінічному випробуванні протягом 15 років у Полтавському обласному клінічному протитуберкульозному диспансері. Загалом було проліковано 74 хворих. Позитивними ефектами виявилися швидке припинення бактеріовиділення та вилікування хворих на резистентний туберкульоз.

Клінічний випадок. Хворий Б., 35 років, таксист. Діагноз: туберкульоз із розширеною резистентністю обох легень (дисемінований). Дестр+, МБТ+, М+, К+, резист. I (HRZSE), резист. II (Km, Ofx), гіст. 0, категорія 4 (РТБ).

Уперше на туберкульоз захворів у 1999 р. – вилікувався. У 2005 р. трапився рецидив, лікування протягом 3 років ефекту не дало. Температура тіла постійно 38 °С, кашель із виділенням мокротиння. Рентгенограма органів грудної клітки від 09.01.2008: в обох легенях зливні вогнищеві тіні різної величини й інтенсивності, у верхніх частках визначаються праворуч 1 каверна середнього розміру, ліворуч – 2 каверни. Корені ущільнені.

Від госпіталізації відмовився через сімейні обставини. 15 січня 2008 р. хворому було призначено ІХТ у поєднанні з основними протитуберкульозними препаратами та препаратами резервного ряду (3 HRELfxAm 3 HRE) в амбулаторних умовах.

10.01.2008: мазок мокротиння – КСП+, культуральний метод – МБТ+.

06.03.2008 (після 30 сеансів ІХТ): мазок мокротиння – КСП не виявлено, посів мокротиння на поживне середовище – знайдено МБТ (3 колонії). Порожнини розпаду в легенях зменшилися в розмірах.

26.05.2008 (після 50 сеансів ІХТ): МБТ бактеріоскопічно та культурально не виявлено (росту немає).

27.06.2008 лікування хворого було завершено. Тривалість курсу становила 5,5 місяців. Хворий отримав 101 сеанс ІХТ, досягнуто позитивної клініко-рентгенологічної динаміки, припинилося бактеріовиділення.

Рентгенографія органів грудної клітки від **02.09.2008:** інфільтрація розсмокталася, деструкцій не виявлено. Минуло 13 років – пацієнт здоровий!

Отже, достатньо було 5,5 місяців лікування за допомогою запропонованого способу, щоб досягти видужання пацієнта на туберкульоз із розширеною резистентністю МБТ.