

А. П. ОВЧАРОВА (Полтава)

## КВАНТОВО-ГРАВИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ МИОКАРДИТОВ

Кафедра поликлинической терапии (зав. — проф. Ю. М. Казаков)  
Украинской медицинской стоматологической академии

Актуальной проблемой современной клинической медицины является поиск новых методов лечения воспалительных заболеваний миокарда, возникающих преимущественно у лиц молодого возраста и нередко осложняющихся развитием миокардиофиброза с нарушением ритма сердца и сердечной недостаточности [2, 3, 20].

Миокардиты чаще всего развиваются вследствие бактериальной, вирусной инфекции, аутоиммунных процессов [2, 10]. Достаточно сложно воздействовать в полном объеме на патогенетические звенья воспалительного процесса [10]. Это и санация очагов хронической инфекции, применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), десенсибилизирующих средств.

НПВП не всегда достаточно эффективны, при длительном применении могут вызывать дистрофические изменения в миокарде, возникновение аллергических реакций, а также нарушение коронарного кровообращения [12]. В настоящее время не существует неопровержимых доказательств благоприятного действия каких-либо отдельных методов лечения миокардита [6]. В связи с этим продолжается поиск более эффективных методов лечения этого заболевания.

Целью исследования было изучение влияния лазерно-гравитационной терапии на клиническое течение, состояние гемостаза, перекисное окисление липидов (ПОЛ), антиоксидантную защиту (АОЗ), центральную гемодинамику миокардита ревматического и неревматического генеза.

Кроме общеклинических обследований, определяли агрегацию тромбоцитов, фибриноген, малоновый диальдегид (МДА), перекисную резистентность эритроцитов (ПРЭ), диеновые конъюгаты (ДК), каталазу, супероксиддисмутазу (СОД), проводили эхокардиоскопию.

Под нашим наблюдением было 45 больных в возрасте 20–42 лет (36 женщин и 9 мужчин). Исследования проводили весной и осенью. Клиническое течение заболевания проявлялось болевым синдромом в области сердца той или иной степени выраженности почти у всех больных. У 34 больных отмечалась синусовая тахикардия, суправентрикулярная и вентрикулярная экстрасистолия; у 29 больных были признаки сердечной недостаточности первой стадии (СН I ст.). При этом у всех больных были выражены признаки общей интоксикации: гипертермия, артралгия, гипергидроз.

Больных разделили на две группы: I — 18 человек, которым лечение проводили традиционными методами; II — 27 больных, которым на фоне традиционной терапии (НПВП, десенсибилизирующие средства) применяли внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) гелиево-неоновым лазером с длиной волны 640 нм, мощностью излучения на выходе 1 мвт, экспозиция процедуры 30 мин через день, 5 раз с одновременным назначением кверцетина в дозе 2 г в сутки (по 1 г 2 раза), энтеросорбента энтеросгеля в дозе 45 г в сутки (по 15 г 3 раза в день за 1,5–2 ч до и не ранее чем через 2 ч после еды или приема лекарственных препаратов). Курс лечения составил 10 дней.

В результате применения лечебного комплекса отмечалось улучшение и стабилизация клинического течения заболевания, что подтвердилось результатами исследования. На ЭКГ наблюдалось улучшение процессов метаболизма в миокарде к концу 3-й недели, а в группе с традиционным лечением — к концу 4-й недели.

Острофазовые показатели в исследуемой группе нормализовывались на 1–2 дня раньше, чем в I. У большинства больных II группы (81%) данный лечебный комплекс приводил к нормализации показателей центральной гемодинамики к концу 3-й недели. Так, фракция выброса (ФВ) достоверно увеличилась с  $(45 \pm 1,8)\%$  до  $(54 \pm 2,0)\%$  ( $P < 0,05$ ), конечно-диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) уменьшался с  $(5,8 \pm 0,05)$  см до  $(5,2 \pm 0,03)$  см ( $P < 0,05$ ). У больных, принимавших традиционное лечение в более поздние сроки, к концу 4-й недели наблюдалась тенденция к увеличению ФВ с  $(43 \pm 2,05)\%$  до  $(49 \pm 1,5)\%$  ( $P > 0,05$ ), КДРЛЖ уменьшался с  $(5,9 \pm 0,1)$  см до  $(5,5 \pm 1,2)$  ( $P > 0,05$ ). При исследовании ПОЛ и АОЗ у больных, принимавших комплексное лечение, отмечалось уменьшение ПРЭ с  $(3,9 \pm 0,12)\%$  до  $(2,1 \pm 0,15)\%$  ( $P < 0,05$ ), МДА — с  $(9,3 \pm 0,9)$  мкмоль/л до  $(5,8 \pm 0,4)$  мкмоль/л ( $P < 0,5$ ), ДК — с  $(48,3 \pm 1,3)\%$  мкмоль/л до  $(40,3 \pm 1,8)$  мкмоль/л ( $P < 0,05$ ). Увеличивалась концентрация СОД с  $(0,5 \pm 0,03)$  усл. ед. до  $(0,8 \pm 0,04)$  усл. ед. ( $P < 0,05$ ), каталазы — с  $(2,3 \pm 0,1)$  усл. ед. до  $(4,0 \pm 2,1)$  усл. ед. ( $P < 0,05$ ), что свидетельствовало о снижении процессов ПОЛ и увеличении АОЗ.

У больных на фоне традиционной терапии наблюдалось увеличение ПРЭ с  $(2,5 \pm 0,08)\%$  до  $(3,0 \pm 0,09)\%$  ( $P > 0,95$ ), уровень МДА уменьшался несущественно с  $(9,5 \pm 0,1)$  мкмоль/л до  $(9,0 \pm 0,21)$  мкмоль/л ( $P > 0,05$ ). Концентрация СОД увеличивалась с  $(0,6 \pm 0,01)$  усл. ед. до  $(0,85 \pm 0,02)$  усл. ед. ( $P < 0,05$ ), каталазы — с  $(2,5 \pm 0,07)$  усл. ед. до  $(3,0 \pm 0,07)$  усл. ед. ( $P < 0,05$ ), ДК уменьшалась с  $(50,0 \pm 2,3)$  мкмоль/л до  $(48,0 \pm 2,2)$  мкмоль/л ( $P > 0,05$ ).

Предложенная нами комплексная терапия также способствовала снижению агрегации тромбоцитов с  $(24,8 \pm 0,04)$  до  $(20,8 \pm 0,05)$  с ( $P < 0,05$ ), фибриногена — с  $(4,3 \pm 0,07)$  г/л до  $(3,2 \pm 0,08)$  г/л ( $P < 0,05$ ). У больных на фоне традиционной терапии агрегация тромбоцитов изменялась недостоверно: с  $(22,5 \pm 1,0)$  с до  $(23,5 \pm 1,5)$  с ( $P > 0,05$ ), уровень фибриногена увеличивался с  $(3,58 \pm 0,14)$  г/л до  $(5,3 \pm 0,12)$  г/л ( $P > 0,05$ ).

В результате проведенных исследований отмечено, что у больных, принимавших ВЛОК в сочетании с кверцетином и энтеросгелем, по сравнению с больными, которым проводили традиционную терапию, признаки общей интоксикации уменьшались на 2–3 дня раньше. Использование энтеросгеля в лечении патогенетических оправдано, т. к. он активно адсорбирует из крови и лимфатической жидкости бактерии, вирусы, токсические вещества [4], что способствует снижению активности воспалительного процесса в миокарде.

Излучение гелиево-неонового лазера оказывает сосудосуживающее, противовоспалительное, анальгезирующее действие [5, 7, 12], активизирует ПОЛ, увеличивает выброс биологически активных веществ. Лазеротерапия способствует уменьшению признаков СН [1], происходит усиление насосной функции сердца за счет как повышения сократительной способности миокарда, так и уменьшения объемов левого желудочка.

Предложенная нами комплексная терапия миокарда позволяет улучшить клиническое течение заболевания, уменьшить длительность и дозу приема НПВП, сократить средние сроки стационарного лечения на 2–3 дня.

#### Список литературы

1. Агов Б. С., Быковицкий Д. М., Фефилов В. Н. // Клини. медицина. — 1996. — № 1. — С. 50–53.
2. Браунсальд Е., Иссельбахер К. Дж., Петерсдорф и др. Внутренние болезни. — М.: Медицина. — 1995. — Т. 5. — 448 с.
3. Грицюк А. И., Чувикина В. Т., Щигельский В. И. Воспалительные заболевания сердца. — К.: Здоровья, 1986. — 229 с.
4. Гирин В. Н., Дроблин И. В., Барбова А. И. // Біосорбційні методи і препарати в профілактичній та лікувальній практиці: Зб. наук. праць конф. — К., 1997. — С. 25–27.
5. Зубкова С. Т., Ломоносова Т. В., Ярмолюк Е. В. // Применение лазеров в медицинской биологии: Тез. докл. науч.-практ. конф. — Ялта, 1995. — С. 145–146.
6. Ивлева Л. В., Маушев Л. М. // Кардиология. — 1983. — Т. 23, № 3. — С. 56–59.
7. Корочкин И. М. // Рос. мед. журн. — 1997. — № 5. — С. 4–5.
8. Мухарлямов Н. М., Беленков Ю. Л. Ультразвуковая диагностика в кардиологии — М.: Медицина, 1981 — 160 с.
9. Насонова В. А., Астапенко М. Г. Клиническая ревматология. — М.: Медицина, 1989. — 584 с.



10. Фрид М., Грандис С. Кардиология в таблицах и схемах. — М: Практика, 1996. — 736 с.
11. Чижов Т. К., Ковальская Н. И., Козлов В. И. // Бюл. эксперим. биологии и медицины. — 1991— Т. 111, № 3. — С. 302—305.
12. Швед М., Вакач И., Баналюк О. та ін. // Укр. кардіол. журн. Додаток до 3/96. Матер. V конгр. кардіологів України. — К., 1997. — С. 203—204.

## QUANTUM-GRAVITY THERAPY OF MYOCARDITES

A. P. Ovcharova (Poltava)

Complex therapy of myocardites of rheumatic and non-rheumatic genesis using intravascular laser irradiation of blood, quercitrol, and enterosgel has an antiinflammatory, antioxidant action, improves myocardial contractility, is endowed with an antiaggregatory activity. The above therapeutic complex permits the reduction of the non-steroid antiinflammatory drugs intake as well as of the average time of hospital treatment by 2 to 3 days, it also makes for an earlier medical and social rehabilitation of patients.

УДК 616.37 002+616.13 004.6

Поступила 24.03.97

А. В. КАПШИТАРЬ

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. И. Ф. Сырбу)  
Запорожского медицинского университета

Атеросклероз сосудов изменяет клиническую картину и течение острого панкреатита (ОП), что обуславливает трудности в диагностике, позднюю адекватную терапию и высокую летальность [1—7].

На протяжении 3 лет в клинике общей хирургии Запорожского медицинского университета находилось на лечении 988 больных с ОП. У 616 (62,0%) диагностирован атеросклероз сосудов. Мужчин было 172 (28,1%), женщин — 441 (71,9%) в возрасте от 55 до 93 лет. Все больные осмотрены терапевтом. Диагностика атеросклероза была комплексной и включала изучение клинических проявлений, результатов дополнительных методов исследования: уровня холестерина в сыворотке крови, холестерин-лецитиновый коэффициент, соотношения фосфолипидов и холестерина, концентрацию  $\beta$ -липопротеидов, триглицеридов, насыщенных жирных кислот, офтальмоскопию, неконтрастное рентгенологическое исследование тени аорты и др.

Отечная форма ОП диагностирована у 316 (58,9%), деструктивная — у 252 (41,1%). Из деструктивных форм геморрагический панкреонекроз был у 18 больных и жировой — у 132, гнойный панкреатит — у 2. Оперированы 56 больных (44 — с деструктивным панкреатитом и 12 — с отечной формой). Умерли 6 больных с деструктивными формами панкреатита (5 — с геморрагическим панкреонекрозом и 1 — с жировым). Из них 65% больных были в возрасте старше 70 лет.

Диагностика ОП на догоспитальном этапе представляла значительные трудности. Наряду с распространенным поражением сосудистой системы атеросклерозом у этих больных отмечалась и другая сопутствующая патология, причем, как правило, у одного и того же больного было от 3 до 5 заболеваний. В связи с этим ОП диагностирован лишь у 118 больных, заподозрен у 72, сочетался с острым холециститом у 98. У остальных поставлены другие диагнозы (острая и хроническая патология органов грудной и брюшной полостей и забрюшинного пространства).

Клиническая картина ОП зависела от степени тяжести атеросклероза сосудов. При легкой степени у 38% больных диагностика не вызывала трудностей. Степень средней тяжести атеросклероза отмечена у 52% больных с ОП. Клиническая картина у этих пациентов была стертой и проявлялась болью в