

МЕДИЦИНА

УДК:61:36/82–003

Ю.М.Левин, Л.П.Свиридкина, С.Г.Топорова, В.Н.Бучин, А.А.Резаев, А.Е.Лазыко, Т.А.Эсаулова

Институт Дружбы народов, Москва, Россия

СТИМУЛЯЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ДРЕНАЖА СЕРДЦА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

Жүректің ишемиялық сырқатын кешенді емдеуде ЭРЛ өзінің өте жоғары тиімділігін көрсетті, әсіресе бұл құбылыс жүрек стенокардиясының клиникалық белгілерін жоюда айқын көрінеді. Сонымен қатар тәсілдің жағымдылығын физикалық реабилитация жылдамдығының артуы, физикалық жүктемелерде жылдамдықтың көтерілуі және қандағы липидтер спектрінің жақсаруы дәлелдейді. Ұсынылған тәсілдер қымбат құралдар мен емдік дәрілерді қажет етпейді. Тәсіл негізгі дәрілерді үнемдеуге және науқастарды стационардық емдеу мерзімін азайтуға мүмкіндік тудырады.

High efficiency is shown ERL in complex therapy of IBS with the clinical displays of stenocardii of tension 1–2 FK. The acceleration of rates of physical loading, improvement of lipidnogo spectrum of require expensive equipment and preparations. His application allows to save facilities, as dostijenik of clinical effect is carried out a the less expense of medications of bases and diminishing of terms of stay of patient in permanent establishment.

Результаты исследования

Контрольную группу составили 136 больных, основную — 216. Как видно из таблицы, основная и контрольная группы пациентов не имеют принципиальных различий. Препараты стандартной терапии назначались пациентам обеих групп с одинаковой частотой.

Т а б л и ц а

Клиническая характеристика групп

Показатели	Количество пациентов (%)	
	Контроль	Основн.
1	2	3
Общее количество больных:	136 (100 %)	216 (100 %)
Возраст 35–50 лет	36	28
51–65 лет	52	61
66 лет и старше	12	11
Диагноз: ИБС		
стенокардия 2 ФК:	40	44
стенокардия 3 ФК:	60	56
Постинфарктный кардиосклероз, в т.ч.	16	36
крупноочаговый:	75	54
мелкоочаговый:	25	46
Давность перенесенного ИМ		
от 1 года до 5 лет:	75	54
от 6 до 10 лет:	25	46
Нарушение ритма сердца, в т.ч.	60	69

1	2	3
наджелудочковая экстрасистолия:	47	56
желудочковая экстрасистолия:	13	32
постоянная мерцательная аритмия:		12
Нарушения проводимости, в том числе	20	39
внутрижелудочковой проводимости:	40	50
блокада левой ножки п. Гиса:	40	36
блокада правой ножки п. Гиса:	20	14
Признаки сердечной недостаточности,	20	42
в том числе 1 степени:	40	45
2 степени:	60	55
Изменения в общем анализе крови:	32	44
в общем анализе мочи:	20	22
Повышение в крови глюкозы:	12	14
мочевины:	8	6
билирубина:	8	8
R-признаки атеросклероза аорты:	56	64
гипертрофии левого желудочка:	52	67
ЭКГ признаки ишемии миокарда:	84	92
гипертрофии левого желудочка:	60	61
рубцовых изменений:	12	19
Эхокардиографические признаки		
атеросклероза аорты:	60	53
наличие зон гипо- и акинезии:	8	14
Сопутствующие заболевания:		
артериальная гипертония, в том числе		
1. степени:	60	72
2. степени:	27	31
3. степени:	60	58
дисциркуляторная энцефалопатия	13	11
заболевания печени	40	43
остеоартроз и остеохондроз:	32	39
хронический бронхит:	32	30
заболевания почек	20	27
ожирение:	20	22
хронический гастродуоденит, язвенная болезнь	12	17
желудка и 12-перстной кишки:	16	17
сахарный диабет 2 типа, в том числе:	12	14
легкой степени тяжести:	66	60
средней степени тяжести:	34	40
хронический панкреатит:	8	3
атеросклероз сосудов ниж. конечн.	8	3
варикозная болезнь вен ниж. конечн.	0	3
Стандартная терапия		
нитропрепараты:	88	94
бета-блокаторы:	80	83
ингибиторы АПФ:	72	78
антагонисты кальция:	60	67
ноотропы и улуч. кровоснабж. мозга:	80	64
мочегонные:	40	42
улучшающие метаболизм в миокарде:	40	33
сердечные гликозиды:	36	30
сахароснижающие препараты:	8	8
	4	6

Стимуляция ВГТ и ЛД осуществлялась методом трансторакального электрофореза террилитина (см. первый том). У пациентов обеих групп наблюдения быстро уменьшалась частота и длительность приступов стенокардии, постепенно исчезали экстрасистолия, одышка и отеки, сокращалась печень, нормализовалось артериальное давление. Положительная динамика зависела, прежде всего, от адекватности стандартной терапии, поскольку купирование симптомов заболевания у пациентов обеих групп

наблюдалось примерно в одни и те же сроки лечения. Однако при сравнении с контрольной группой исследований выявлен положительный эффект курса ЭФ террилитина на показатели липидного обмена.

Забор крови на исследование производили перед и сразу после первой и десятой процедур. Анализ результатов проводили в зависимости от исходного уровня показателя липидного обмена. В каждой группе оценивали направление изменений показателя и динамику средних его значений (рис. 2.1–2.8).

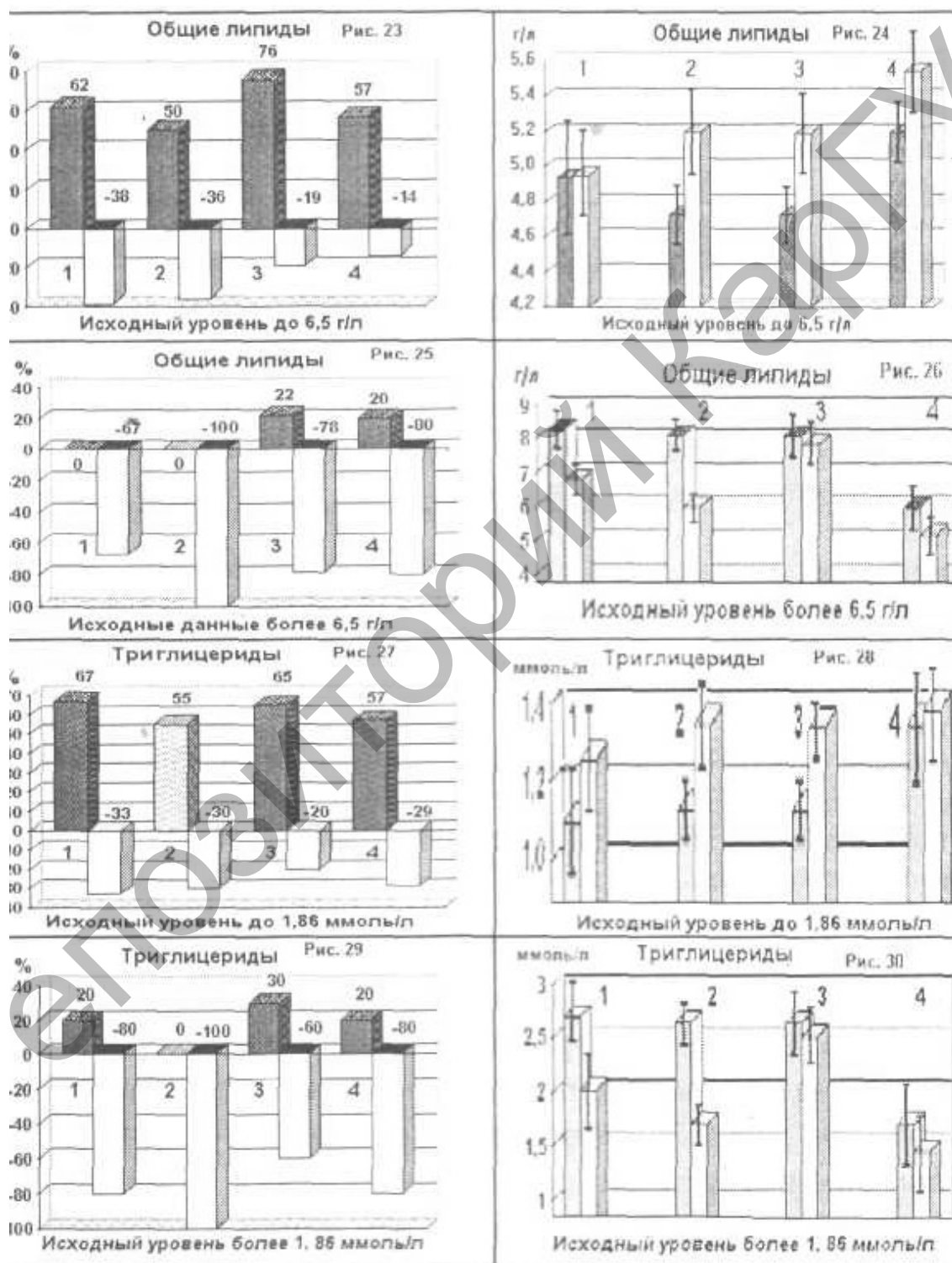


Рис. 1–8. Динамика общих липидов и триглицеридов при разном исходном уровне: 1 — контрольная группа; 2 — основная группа; 3 — первая процедура; 4 — десятая процедура ЭФТ

Процедура электрофореза террилитина у большинства пациентов с нормальным исходным уровнем общих липидов и триглицеридов в сыворотке крови приводила к достоверному увеличению их концентрации. У большинства пациентов с повышенной концентрацией общих липидов и триглицеридов как первая, так и десятая процедуры вызывали уменьшение их уровня, однако степень их снижения незначительна.

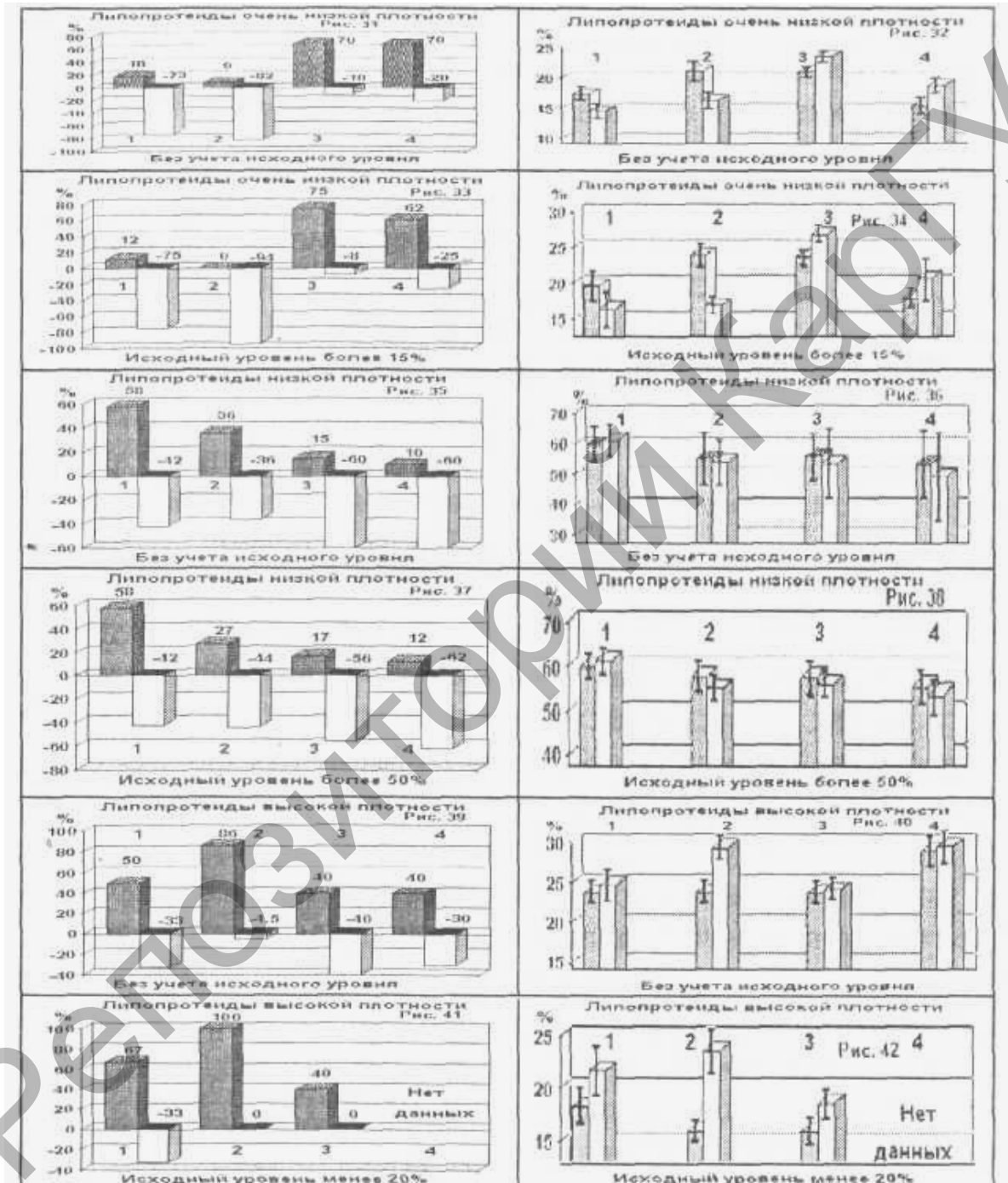
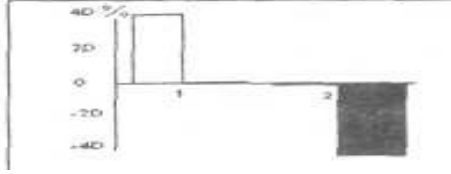
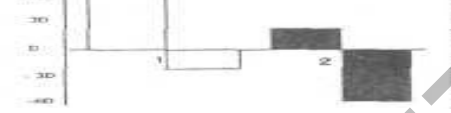
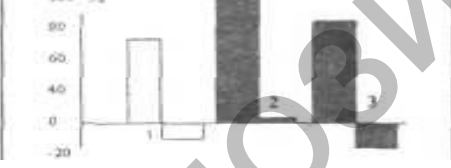



Рис. 9–20. Динамика липопротеидов при разном исходном уровне: 1 — контрольная группа; 2 — основная группа; 3 — первая процедура; 4 — десятая процедура ЭФТ

У большинства пациентов, страдающих ИБС, стенокардией напряжения 2–3 ФК, через две недели стандартной терапии наблюдалась модуляция в сыворотке крови уровня общих липидов и триглицеридов. У пациентов с нормальной исходной концентрацией в сыворотке крови общих липидов и триглицеридов, получивших на фоне стандартной терапии курс электрофореза террилитина, так же как и в контрольной группе, чаще встречалось повышение показателей, однако степень их увеличения

была выше, чем в контроле. У пациентов с исходной концентрацией общих липидов и триглицеридов больше нормы курс электрофореза террилитина приводил к снижению уровня последних.

После процедуры электрофореза террилитина у большинства пациентов увеличивалось содержание ЛПОНП в крови, в то время как курс терапии приводил к более выраженному, чем в контроле, их снижению. Такое действие прослеживается и в группе пациентов с исходно высокими значениями показателя. Подобная динамика атерогенных ЛП может быть косвенным доказательством возможности «вымывания» их из очага поражения в кровь посредством стимуляции ВГТ и ЛД сосудистой стенки. Процедура электрофореза террилитина чаще, хотя и незначительно, снижает в сыворотке крови концентрацию ЛПНП. Уровень ЛПВП повышается и снижается с одинаковой частотой. Следует отметить, что у пациентов с низким исходным уровнем ЛПВП дальнейшее их снижение не встречается. Так как курс электрофореза террилитина способствует повышению концентрации ЛПВП, перед десятой процедурой у всех (кроме одного) пациентов показатель достигает нормальных значений. Существенных различий в реакции изученных показателей липидного обмена в ответ на первую и десятую процедуры электрофореза террилитина не обнаружено. У пациентов контрольной группы после курса стандартной терапии наблюдалось снижение в сыворотке крови ЛПОНП, ЛПНП и ЛПВП возрастали и уменьшались примерно с одинаковой частотой. Курс электрофореза террилитина увеличивал частоту и выраженность снижения концентрации ЛПОНП, особенно у больных с повышенным исходным уровнем показателя, и снижал частоту увеличения ЛПНП, особенно у пациентов с высоким исходным уровнем показателя. Под влиянием курса электрофореза террилитина возрастала частота и выраженность увеличения ЛПВП, особенно у пациентов со сниженным исходным уровнем показателя. Данные о влиянии ЭФ террилитина на различные показатели крови отражены в рисунках.

	<p>Однократная процедура. Нейтрофилы. Исх. показат.: 1 — < 3 тыс.; 2 — > 3 тыс. При низком содержании чаще — повышение, при высоком — снижение.</p>
	<p>Курс ЭФ террилитина. Нейтрофилы. 1 Исх. показат.: 1 — < 3 тыс.; 2 — > 3 тыс. Модулирующий эффект.</p>
	<p>Процент фагоцитирующих нейтрофилов. 1 — влияние 1-й проц.; 2 — влияние последней проц.; 3 — влияние курса ЭФ. Эффект стимуляции.</p>
	<p>Однократная процедура. Число активных нейтрофилов. Исх. показат.: 1 — < 3 тыс.; 2 — > 3 тыс.</p>
	<p>Курс ЭФ террилитина. Число активных нейтрофилов. Исх. показат.: 1 — < 3 тыс.; 2 — > 3 тыс. Эффект модуляции, т.</p>

	<p>Фагоцитарное число. 1 — влияние первой процедуры; 2 — влияние последней процедуры; 3 — влияние курса ЭФ. Увеличение.</p>
	<p>Однократная процедура. Абсолютный фагоцитарный показатель. Исх. показат.: 1 — < 30.; 2 — > 30. Повышение.</p>
	<p>Курс ЭФ террилитина. Абсолютный фагоцитарный показатель. Исходные данные: 1 — < 30; 2 — > 30. В первом случае показатель чаще повышается, во втором — меняется одинаково.</p>
	<p>Индекс завершенности фагоцитоза. 1 - влияние первой проц.; 2 — влияние последней проц.; 3 — влияние курса ЭФ. Выраженный стимулирующий эффект.</p>

Рис. 21. Фагоцитоз

	<p>Однократная процедура. Число общих Т-лимфоцитов. Исходные показатели: 1 — <65 %; 2 — >65 %. Заметной разницы реакции нет.</p>
	<p>Курс ЭФ террилитина. Число общих Т-лимфоцитов. Исходные показатели: 1 — <65 %; 2 — >65 %. Модуляция.</p>
	<p>Терапия без ЭФ террилитина. Общие Т-лимфоциты. До лечения: 1 -<65 %; 2 — >65 %. Разнонаправленные изменения показателя.</p>

	<p>Однократная процедура. Число активн. Т-лимфоцитов. Исходн. показат.: 1 — <40 %; 2 — >40 %. Разнонаправленные изменения.</p>
	<p>Курс ЭФ террилитина. Число активных Т-лимфоцитов. Исходн. показат.: 1 — <40 %; 2 — >40 %. Разнонаправленные изменения.</p>
	<p>Однократная процедура. Число Т-хелперов. Исходн. Показат.: 1 — <40 %; 2 — >40 %. Снижение при высоком исходном уровне.</p>
	<p>Влияние курса ЭФ террилитина на число Т-хелперов крови. Исходн. показат. 1 — <40 %; 2 — >40 %. Отмечается модулирующий эффект.</p>
	<p>Курс ЭФ террилитина. Число Т-супрессоров крови. Исходные показатели: 1 — <40 %; 2 — >40 %. Отмечается модулирующий эффект.</p>
	<p>Число Т-супрессоров. До лечения: 1 — <40 %; 2 — >40 %. повышение показателя при низком уровне.</p>
	<p>Курс ЭФ террилитина. Число В-лимфоцитов при их исходном уровне <5 %. 1 — первая процедура; 2 — последняя процедура; 3 — курс ЭФ. Стимулирующий эффект.</p>

Рис. 22. Клеточный иммунитет

	<p>Однократная процедура. Уровень Ig A. Исходные показатели: 1 — <2,0 ммоль/л; 2 — >2,0 ммоль/л. Снижение показателя в обеих группах..</p>
	<p>Курс ЭФ террилитина. Уровень Ig A. Исходные показатели: 1 — <2,0 ммоль/л; 2 ->2,0 ммоль/л. Снижение показателя.</p>
	<p>Влияние однократной процедуры ЭФ тер-элиитина на уровень Ig M. Исходные показатели: 1 — <1,5 ммоль/л; 2 — >1,5 ммоль/л. Снижение при повышенном уровне.</p>
	<p>Курс ЭФ террилитина. Уровень Ig M. Исходные показатели: 1 — <1,5 ммоль/л; 2 — >1,5 ммоль/л. Снижение показателя.</p>
	<p>Однократная процедура. Уровень Ig G. Исходные показатели: 1 — <15 ммоль/л; 2 ->15 ммоль/л. Модулирующий эффект</p>
	<p>Курс ЭФ террилитина. Уровень Ig G. Исходные показатели: 1 — <15 ммоль/л; 2 ->15 ммоль/л. Разнонаправленные изменения.</p>

Рис. 23. Иммуноглобулины крови

Стимуляция ВГТ и ЛД методом электрофореза террилитина у больных ИБС, стенокардией напряжения приводила к модуляции большинства показателей иммунограммы. На рисунках 21–23 представлено соотношение числа больных (% к исходному) с разнонаправленными сдвигами показателей иммунитета после воздействия ЭФ террилитина.

Общее заключение

1. Использование нормализующих ВГТ и ЛД-воздействий, повышает эффективность лечения ИМ и ИБС.
2. Эффективность метода, его техническая простота и экономическая доступность создают условия широкого применения.

Игнорирование достигнутой возможности — существенный просчет терапии ИМ и ИБС.