

Л. Г. АКимова (Полтава)

ЛАЗЕРОПУНКТУРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СТЕНОКАРДИИ С СОПУТСТВУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМКафедра поликлинической терапии (зав. — проф. Ю. М. Казаков)
Украинской медицинской стоматологической академии

В медицинской практике все шире применяется воздействие лазерного луча на точки акупунктуры при лечении болезней внутренних органов, заболеваний неврологического характера и опорно-двигательного аппарата. Лазеропунктура имеет ряд преимуществ перед другими методами воздействия лазерным лучом: простота применения с меньшей затратой времени, абсолютная безболезненность, возможность использования в амбулаторных условиях.

Световая энергия лазера, поглощаемая составными элементами клетки, превращается в тепловую и электрохимическую с последующим воздействием на биохимические процессы в клетках, что приводит к включению компенсаторных саморегулирующих рефлекторных механизмов [2].

Цель работы — изучение эффективности лазеропунктуры и кверцетина у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с сопутствующим хроническим бескаменным холециститом. Лечение проведено у 30 больных в возрасте от 40 до 60 лет (женщин — 12; 40% и мужчин — 18; 60%) со стабильной стенокардией напряжения (II функциональный класс) и хроническим бескаменным холециститом. Признаки сердечной недостаточности I степени обнаружены у 25 (83,3%), IIА — у 5 (16,7%) больных. У 14 (46,6%) больных в анамнезе был инфаркт миокарда. Давность ИБС составила от 1 года до 25 лет, хронического бескаменного холецистита — от 5 до 35 лет; у 25% больных патология билиарной системы предшествовала ИБС.

Больным на фоне базисной медикаментозной терапии (нитраты, седативные и желчегонные препараты, гепатопротекторы) назначали лазеротерапию на корпоральные биологические активные точки (БАТ) и кверцетин по 0,02 г через 8 ч. С лечебной целью использовали лазерную установку «Сфера», созданную на основе полупроводникового лазера, работающего в непрерывном режиме. Основными параметрами лазерного излучения были: длина волны — 0,81 мкм, плотность мощности — 15 мВт/см², время воздействия на одну корпоральную точку — 60 с. Ежедневно облучали не более 5 точек акупунктуры. БАТ определяли при помощи аппарата «Рефи» в непрерывном режиме поиска. Использовали следующие точки: GI(II)4, E(III)36 симметрично, V(VII)12 (справа) (понедельник, среда, пятница), MC(IX)6 и RP(IV)6 симметрично, V(VII)12 (слева) (вторник, четверг, суббота). Курс лечения составил 12 сеансов.

Для контроля эффективности терапии использовали подсчет количества ежедневных приступов стенокардии и потребляемых таблеток препаратов нитрогруппы. Состояние печеночного кровотока оценивали методом реогепографии [1]. Запись объемной и дифференциальной реограмм проводили на аппарате «Реограф Р4-02», регистрирующим устройством был «Элкар». Изучали реографический индекс (РИ) и показатель тонуса сосудов печени [3]. Состояние центральной гемодинамики определяли методом эхокардиографии в М-режиме с I стандартной позиции датчика на аппарате «Поликардиоанализатор ПКА4-01» [4]. Полученные результаты подвергали статистической обработке. Достоверность различия оценивали по *t*-критерию Стьюдента.

В результате проведенного лечения клиническое улучшение наступило у большинства больных (90%), что выражалось в уменьшении числа приступов стенокардии в сутки (с 5 ± 1 до $1 \pm 0,5$ в день; $P < 0,01$) и количества потребляемых таблеток нитроглицерина (с 6 ± 1 до $1 \pm 0,5$; $P < 0,001$).

Исследование центральной гемодинамики с помощью эхокардиографии до лечения показало, что наиболее характерным типом кровообращения у больных ИБС с сопутствующим хроническим бескаменным холециститом

был гипокинетический (73%): достоверно снижены по сравнению со здоровыми лицами сердечный индекс (СИ) — $(1,54 \pm 0,05)$ л/(мин · м²) против $(2,4 \pm 0,07)$ л/(мин · м²) ($P < 0,001$), минутный объем (МО) — $(2,55 \pm 0,01)$ л/мин против $(3,5 \pm 0,03)$ л/мин ($P < 0,001$), скорость циркулярного укорочения волокон миокарда (V_{cf}) — $(0,50 \pm 0,03)$ с⁻¹ против $(0,92 \pm 0,01)$ с⁻¹ ($P < 0,001$), фракция выброса (ФВ) — $(33,7 \pm 1,4)\%$ против $(48,9 \pm 1,4)\%$ ($P < 0,001$) и повышено общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) — $(2684,9 \pm 68,7)$ дин/(см · с⁻⁵) против $(1800 \pm 74,5)$ дин/(см · с⁻⁵) ($P < 0,01$), что свидетельствует о значительном снижении инотропной функции сердца.

Эукинетический тип кровообращения встречался у 27% больных. У этих больных достоверных различий СИ, МО, ФВ и ОПСС по сравнению со здоровыми лицами не выявили. Отмечали лишь снижение V_{cf} — $(0,74 \pm 0,04)$ с⁻¹ против $(1,05 \pm 0,03)$ с⁻¹ по сравнению со здоровыми лицами ($P < 0,05$).

На реогепаграмме отмечали увеличение показателя тонуса сосудов печени как при гипокинетическом типе кровообращения, так и при эукинетическом (ПТС_п) — $1,58 \pm 0,02$ против $1,15 \pm 0,05$ ($P < 0,001$) и $1,49 \pm 0,04$ против $1,11 \pm 0,01$ ($P < 0,001$) соответственно. Объемный кровоток был значительно снижен: реографический индекс (РИ) составил $(0,44 \pm 0,01)$ Ом против $(0,68 \pm 0,02)$ Ом ($P < 0,001$) при гипокинетическом типе и $(0,65 \pm 0,01)$ Ом против $(0,75 \pm 0,02)$ Ом ($P < 0,05$) при эукинетическом, что может быть следствием длительного течения заболевания билиарной системы и результатом сочетания нарушений центральной гемодинамики и местных ауторегуляторных механизмов компенсации кровообращения печени.

Под влиянием проведенного лечения у больных с гипокинетическим типом кровообращения достоверно увеличились СИ — $(2,5 \pm 0,02)$ л/(мин · м²) ($P_1 < 0,001$), МО — $(4,14 \pm 0,2)$ л/мин ($P_1 < 0,001$), ФВ — $(47,0 \pm 1,12)\%$ ($P_1 < 0,001$) и V_{cf} — $(0,75 \pm 0,03)$ см⁻¹ ($P_1 < 0,001$), отмечалась тенденция к снижению ОПСС $(2224,0 \pm 83,4)$ дин/(см · с⁻⁵) ($P_1 < 0,001$), что свидетельствует об улучшении функций сокращения и расслабления миокарда вследствие гемодинамической разгрузки сердца (уменьшение постнагрузки). Эти данные согласуются с результатами реогепаграфии: увеличение РИ — $(0,63 \pm 0,01)$ Ом ($P_1 < 0,001$) и тенденция к нормализации тонуса сосудов печени — $1,25 \pm 0,03$ ($P_1 < 0,001$) при гипокинетическом типе.

Побочных действий и осложнений не выявлено ни у одного больного. При динамическом наблюдении за больными установлено, что для длительной и стойкой ремиссии необходимы повторные курсы лечения через 9–12 мес.

Таким образом, комплексная квантово-антиоксидантная терапия в 90% случаев оказывает благоприятное влияние на клиническое течение как основного заболевания, так и сопутствующей патологии билиарной системы, способствует улучшению гемодинамики и контрактильной функции миокарда, приводит к нормализации печеночного кровообращения у больных ИБС с сопутствующим хроническим бескаменным холециститом.

С п и с о к л и т е р а т у р ы

1. Виноградова Т. С. Инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы. — М.: Медицина, 1986. — 416 с.
2. Зарайская С. М., Кривобокова С. С. // МРЖ IX. — 1982 — № 4 — С. 9—15.
3. Лужников Е. И., Ишмухаметов А. И., Костомарова Л. Г. Комплексная оценка функционального состояния гемодинамики методом импедансной электроплетизмографии и импедансметрии: Метод. рекомендации — М., 1985 — 35 с.
4. Мулхарлямов И. М., Беленков Ю. Н. Ультразвуковая диагностика в медицине. — М.: Медицина, 1982 — 156 с.

LASEROPUNCTURE IN A MULTIPLE-MODALITY THERAPY OF ANGINA PECTORIS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS AS A CONCOMITANT

I. G. Akimova (Poltava)

Efficiency was studied of laser acupuncture and quercetin in patients with ischemic heart disease (IHD) with concurrent chronic cholecystitis.

Multimodality quantum-and-antioxidant therapy treatments were found out to have a beneficial effect on the clinical course of both the underlying disease and the concomitant pathologies of the biliary system, making for improvement of hemodynamics and contractile function of the myocardium, returning the hepatic circulation to normal in IHD patients with concomitant chronic cholecystitis that did not respond to conventional therapies.

УДК 616.12-005.4

Поступила 10.01.98

Н. А. МЫРЗАБАЕВА

ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРО- И ЭЛЕКТРОПУНКТУРЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОЙ рН-МЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНЫМ РЕФЛЮКСОМ

Кафедра рефлексотерапии (зав. — проф. Е. Л. Мачерет)
Киевской медицинской академии последипломного образования

Достижения последних лет в изучении желудочно-пищеводного рефлюкса (ЖПР) связаны с внедрением в гастроэнтерологическую практику информативных методов исследования, прежде всего рН-метрии.

Внутрижелудочная рН-метрия на основе зондов конструкции Е. Ю. Линара широко применяется в клинко-диагностических мерооприятиях, проводимых для распознавания нарушений желудочной секреции [1]. Установлено, что рефлексотерапия оказывает нормализующее влияние на секреторную функцию желудка [2].

Целью настоящей работы явилось изучение влияния таких методов рефлексотерапии, как лазеро- и электропунктура на показатели внутрижелудочной рН-метрии.

Лазеропунктура осуществлялась путем воздействия на точки акупунктуры гелий-неоновым лазером ЛГ-75-1 с плотностью мощности 10–15 мВт/см² и длиной волны 0,63 мкм (красная область спектра). Процедуры проводили ежедневно с экспозицией 1–3 мин. Курс лечения составлял 10–15 сеансов.

Электропунктуру проводили с помощью аппарата “Рефлекс 3-01”, постоянным током разной полярности силой 200–500 мкА. Время воздействия — 2–3 мин. Курс лечения — 10–15 процедур.

Воздействие лазером или электрическим током проводили на акупунктурные точки (АТ) сюань-цзи, цзянь-ши, тянь-шу, цзюй-цюе, шань-вань, хэ-гу, цзу-сань-ли, шэнь-мэнь, вай-гуань, нэй-гуань, сань-инь-цзяо, цюй-чи, гунь-сунь, ди-цзи. Выбранные АТ и продолжительность воздействия определяли путем измерения электропроводности АТ.

Внутрижелудочную рН-метрию проводили с помощью трех электродных зондов и ацидогастрометра АГМ-01 с компьютерной приставкой по традиционной методике [1]. Регистрировались значения рН в теле, антральном отделе желудка и кардии. Анализ результатов проводился в автоматическом режиме в соответствии с программой компьютерного комплекса “Гастроскан”.

Внутрижелудочная рН-метрия проведена 41 больному до и после курса лазеро- и электропунктуры. Гиперацидность наблюдалась в 58,5% случаев. Отмечалось непрерывное кислотообразование, декомпенсация ощелачивания в антральном отделе желудка, резкое повышение продукции соляной кислоты натошак, а также повышение продукции соляной кислоты при стимуляции.

Гипоацидность наблюдалась в 41,5% случаев. Отмечалась при этом компенсация и субкомпенсация ощелачивания в антральном отделе желудка. Нарушение ощелачивания среды в базальной фазе секреции отмечалось в 46,3%, а в стимулированной — у 53,6% больных.

В единичных наблюдениях отмечалось ощелачивание тела желудка, которое, как правило, сочеталось с забросом кислого желудочного содержимого в пищевод.