

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА.

В.В.Троицкий. Саратовский государственный медицинский университет. Кафедра терапии факультета постдипломного образования врачей.

Вопросы лечения инфаркта миокарда (ИМ) остаются наиболее актуальными в современной кардиологии. В настоящее время возрос интерес к созданию новых немедикаментозных методов лечения. Целью данной работы явилось изучение миллиметрового диапазона низкой интенсивности (КВЧ-терапия) на клиническое течение и состояние сердечно-сосудистой системы у больных острым ИМ.

В обследование были включены 118 больных в возрасте от 45 до 72 лет.

80 пациентов составили основную группу, которым в острую стадию ИМ проводили КВЧ-терапию в прерывистом режиме облучения с использованием двух длин волн: 7,1 и 5,6 мм. У 38 больных (контрольная группа) лечение острого ИМ проводилось традиционным медикаментозным способом.

Оценка клинических данных проводилась на основании изучения интенсивности болевого

синдрома в остром и подостром этапах ИМ, нарушений сердечного ритма, изменения уровня артериального давления и частоты сердечных сокращений и неспецифических адаптационных реакций организма.

С целью изучения компенсаторных возможностей сердечнососудистой системы проводилось велоэргометрическое исследование.

Применение КВЧ-терапии в комплексном лечении больных ИМ усиливало антиангинальный (снижение боли в грудине) и гипотензивный эффект (снижение артериального давления).

Так, если в контрольной группе, начиная с 3-х суток от начала заболевания, болевой синдром отсутствовал у 7 (19,4%) больных, а у 21 (58,31%) болевой синдром купировался от приема парентеральных анальгетиков, то в основной группе болевой синдром отсутствовал уже у 44 (56,6%) больных, а 10 (19,5%) больным острым ИМ требовался парентеральный прием анальгетиков ($P<0,05$). Наибольший антиангинальный эффект от применения КВЧ-терапии отмечался к 14 суткам заболевания, что соответствовало 10 сеансам КВЧ-терапии. К этому времени у 87% больных основной группы болевой синдром отсутствовал полностью и только 2 (2,5%) больным требовался прием нитроглицерина.

В контрольной же группе, хотя и увеличилось количество больных, у которых болевой синдром отсутствовал - 12 (43,3%) больных, но по сравнению с основной группой их оказалось значительно меньше ($P<0,05$). Кроме этого, в контрольной группе к 14 суткам увеличилось количество больных, которым требовался прием нитроглицерина - 11 (39,7%) больных ($P<0,05$). Полученный антиангинальный эффект в основной группе сохранялся до выписки из стационара (28-30 суток) - 66 (85,7%) больных, в контрольной группе всего 5 (10,5%) больных ($P<0,05$). Следует отметить, что в контрольной группе продолжало увеличиваться количество больных, которым требовался прием нитроглицерина - 20 (74%) больных ($P<0,05$).

У лиц I и II стадий гипертонической болезни после проведенного курса КВЧ-терапии наблюдалась стабилизация артериального давления в пределах нормы АД=120,81,5 и 77,30,8 мм рт.ст.

В то же время в контрольной группе уровень артериального давления по сравнению с основной группой был выше АД = 131,54,5 и 80,91,9 мм рт.ст. ($P<0,05$). По мере

удлинения срока заболевания в основной группе продолжал сохраняться гипотензивный эффект. Так, в основной группе при выписке из стационара артериальное давление составило АД = 121,60,8 и 79,80,3 мм рт.ст., а в контрольной группе 148,63,0 и 86,31,2 мм рт.ст., различие достоверно ($P < 0,05$). Кроме этого, в основной группе по сравнению с контрольной, обнаружено достоверное уменьшение частоты сердечных сокращений с 79,61,7 до 72,01,36% в контроле с 81,82,9 до 80,31,9% ($P < 0,05$).

Применение КВЧ-терапии на фоне антиаритмической терапии у больных острым ИМ приводило к усилению антиаритмического эффекта. Усиление антиаритмического эффекта наблюдалось в тех случаях, когда у больных имелась желудочковая экстрасистолия или атриовентрикулярная блокада I-II степени ($P < 0,05$). Однако в случае отмены медикаментозной терапии желудочковая экстрасистолия возобновлялась. Исследование неспецифических адаптационных реакций организма в динамике позволило судить о развитии в организме лечебного эффекта. Так, в основной группе на 7 сутки заболевания реакция "стресс" отмечалась у 12 (14,6%), а в контрольной группе у 20 (55,5%) больных ($P < 0,05$). Кроме этого, в основной группе увеличилось количество больных, у которых неспецифическая адаптационная реакция организма характеризовалась как "тренировка" - 50 (60,9%) больных, а в контрольной группе всего у 11 (30,5%) больных, различие достоверно ($P < 0,05$).

Максимальное развитие в организме адаптационных реакций типа "активация" в основной группе было отмечено после прекращения КВЧ-терапии (14-е сутки) и продолжало сохраняться до момента выписки из стационара. Так, в основной группе реакция "активация" отмечалась у 42 (50,1%), а при выписке у 47 (59,4%) больных, в контрольной группе соответственно у 4 (11%) и у 5 (12%) пациентов, различие достоверно ($P < 0,05$).

В большинстве случаев, больные, получившие в острый период ИМ КВЧ-терапию, отмечался более высокий уровень толерантности к физической нагрузке по сравнению с контролем. Так, в основной группе на 28-30 сутки заболевания пороговая мощность нагрузки составила 64,33,7 Вт, а при повторном (через 1 месяц) исследовании 70,13,6 Вт. В контрольной группе соответственно 47,73,6 Вт и 45,54,6 Вт, различие достоверно по сравнению с основной группой ($P < 0,05$).

Следует отметить, что летальность у больных ОИМ при лечении миллиметровыми волнами составила 6,3%, в контрольной группе 17,8% ($P < 0,05$).

Таким образом, клиническое наблюдение и результаты проведенных исследований свидетельствуют о выраженном антиангинальном и гипотензивном действии КВЧ-терапии. Кроме этого, применение КВЧ терапии приводит к повышению физической работоспособности и снижению госпитальной летальности у больных с острым инфарктом миокарда.