

Изобретение относится к медицине, а именно к физиотерапии и может быть использовано для лечения больных вирусными гепатитами (ВГ) различного типа.

Известны патогенетические медикаментозные методы лечения ВГ (детоксикационная терапия, препараты улучшающие обменные процессы, комплексы витаминов, растворы альбуминов, глюкокортикоиды, иммуномодуляторы и др.). Однако некоторые из них применяют скорее традиционно (обменные препараты, инфузии различных растворов, витамины), чем научно обосновано (эссенциале, липостабил); назначение других не лишено побочных эффектов (глюкокортикоиды); к применению третьих отсутствуют четкие показания и противопоказания (рибоксин, декарис, тималин, нуклеинат натрия). Наконец, отсутствуют лекарственные средства, в т.ч. противовирусные, которые определяли бы достоверную элиминацию вируса ВГВ, предотвращали бы неблагоприятные отдаленные исходы [4, 26, 28]. Кроме этого, полностью разделяю обоснованное мнение о том, что при ВГ необходимо максимальное щажение больного органа от медикаментозной нагрузки [11].

Указанные проблемы медикаментозного лечения обусловили поиск немедикаментозных способов лечения ВГ.

Известен способ лечения ВГ у детей [9], с целью сокращения сроков лечения вводят интерферон методом электрофореза. Интерферон вводят начиная с желтушного периода ВГ, в дозе 10 тыс. ЕД, через день, экспозиция 15 минут, 5 процедур на курс лечения. При этом, длительность ВГ сокращается на 5-7 дней. Недостатком этого метода является его применение в опасном при ВГА (229 чел.), а при ВГВ и только у 39 чел. Во-вторых в представленном способе отсутствуют сведения, доказывающие сохранность препарата, подготавливаемого для введения. Известно, что раствор интерферона необходимо готовить непосредственно перед использованием, в связи с крайней неустойчивостью препарата. Поэтому вызывает сомнение его стойкость в электрическом поле, данные о сохранении биологических свойств также не приведены. Данный белковый препарат вводят с катода. Вместе с тем, отсутствует ответ: "С какой фракцией - анодной или катодной связана биологическая активность интерферона?". Наконец, вовсе отсутствуют какие-либо сведения по электрофармакодинамике, что ставит под вопрос эффективность и возможность реализации данной методики. Из данных литературы известны и другие методики лекарственного электрофореза для лечения ВГ [17]. В частности применяют 2% раствор калия хлорида, гепарина, 0,005% раствор продигозана. Однако, все они страдают одним недостатком - отсутствуют достоверные сведения об электрофоретической подвижности применяемых средств и их фармакокинетики.

Известен способ лечения ВГ [25] посредством постоянного магнитного поля интенсивностью 45-50 мТ, ежедневно, экспозицией 15-20 минут, 10-15 процедур на курс лечения. При этом достигают уменьшения осложнений ВГ и сокращения сроков лечения. Недостатком этого метода является то, что для реализации методики применяют опытные лабораторные образцы постоянных магнитов размерами 100x100 мм, один из которых является северным, а другой - южным полюсом. Промышленностью такие магниты не выпускаются, не возможно сделать кустарным способом вне специализированных технологических условий. Крайне неудобен для практического применения индивидуальный подбор дозы магнитотерапии - через 6-24 часа после однократной пробной процедуры по нормализации соотношения показателей формулы крови. Опыт практической работы убеждает, что формула крови не может быть достоверным критерием эффективности магнитотерапии. Кроме этого, как показали собственные сравнительные исследования (см. обоснование предлагаемого способа, табл. 9, 10) магнитотерапия постоянным полем является наименее эффективным способом лечения ВГ.

Анализ литературных данных показывает, что для лечения ВГ применяют процедуры индуктотермии и э.п. УВЧ [16, 20]. Однако, как показывают наши сравнительные исследования, рекомендуемые авторами дозы не являются оптимальными. Наибольший эффект позволяют получить минимальные мощности индуктотермии и э.п. УВЧ (см. обоснование предлагаемого способа) и в целом они достоверно уступают ДМВ-терапии, которая применяется в предлагаемом способе лечения ВГ [18, 19].

Известен способ лечения ВГ [14] посредством ультразвуковой терапии в виде поэтапного или последовательного воздействия на проекцию печени и надпочечников, мощностью 0,3-0,6 Вт/см, экспозиция 5-10 минут, через день, 10 процедур. Главным недостатком этого способа является сомнительность достигаемости ультразвуков применяемой частоты (880 кГц) до предполагаемых органов. Глубина его проникновения ограничена 5 см, анатомическая глубина расположения надпочечников около 12 см, причем они прикрыты легочными синусами. Известно, что ультразвук отражается на границе сред со значительной разностью акустической плотности [15]. Кроме этого, показано что процедуры ультразвука не оказывают существенного эффекта на функциональное состояние надпочечников [19]. То же замечание, связанное со значительной разницей глубины проникновения ультразвука и анатомическими размерами органа, касается и печени. Учитывая высказанные замечания, данный способ нами не применялся и не учитывался в качестве аналога.

Известен способ лечения больных язвенной болезнью 12-перстной кишки [29] посредством ДМВ на проекцию щитовидной железы, выходная мощность аппарата "Ромашка" составляет 1,5 Вт. Для достижения такой мощности (менее 4-5 Вт на данном аппарате не бывает) необходимо использование специального аттенюатора из коаксиального кабеля. При этом, ППМ на проекцию щитовидной железы составляет 120 мВт/см² экспозиция 6 минут на левую и правую половину щитовидной железы, ежедневно, 15-20 процедур на курс лечения.

Подобный подход применяется и в другом способе восстановления работоспособности спортсменов [6, 7], ППМ 120 мВт/см², экспозиция 12 минут. Учитывая методику лечения в предлагаемом способе лечения ВГ, представленные авторские свидетельства приняты за аналоги.

Недостатками аналогов является то, что до настоящего времени отечественной и зарубежной промышленностью не выпускаются аттенюаторы, которые позволяют снизить ППИ ДМВ. Последнее является обязательным условием воздействия на щитовидную железу [10, 21; 29]. Это существенно ограничивает возможности применения этой методики в различных лечебно-профилактических учреждениях, т.к.

превышений мощности 120 мВт/см^2 оказывает на нее даже повреждение. Кроме этого вызывает сомнение следующий методический подход: поочередно воздействуют на правую или левую долю щитовидной железы. Вместе с тем известно, что ДМВ проникает в ткани на глубину до 9-11 см [15]. Поэтому при воздействии на одну из половин щитовидной железы облучается и вторая, т.е. этот методический подход является лишним. Таким образом, воздействия продолжительностью до 12 минут проводятся ежедневно, 15-20 раз на курс лечения.

Известен способ лечения неспецифического аортоартериита [7,31,12] посредством ДМВ на проекцию надпочечников, мощность 20-40 Вт, экспозиция 15-30 минут. Учитывая наличие в предлагаемом способе лечения воздействия на надпочечники, представленные авторские свидетельства приняты за аналоги. Недостатками этих способов лечения является значительная мощность ДМВ. В предшествующих этим авторским свидетельствам применялась мощность ДМВ 60 Вт [31], что является чрезмерным, поэтому в последующих способах воздействия на надпочечники она была снижена до 20-40 Вт. Однако, как показали наши собственные исследования и экспериментальные исследования других авторов [10, 21], мощность ДМВ можно снизить и далее, причем эффект применения ДМВ увеличивается.

Известен способ лечения детей с ВГ [1] посредством ДМВ, который применяют с целью сокращения сроков лечения при затяжном течении ВГ и снижения количества осложнений, ДМВ-терапию начинают в период ликвидации желтухи. Мощность ДМВ 4-8 Вт, экспозиция 5-10 минут, через день, 8-10 процедур на курс лечения. Учитывая избранный нами метод воздействия и нозологическую форму, в предлагаемом способе лечения, данный способ принят за прототип.

Недостатком этого способа является рекомендация его использования только у детей (от 2 до 14 лет): применяемая мощность связана с возрастом ребенка; а ведь известно, что степень активности воздействия ДМВ определяется плотностью потока мощности (ППМ), кроме этого очевидно, что одного возраста дети могут быть различной массы - этот показатель вовсе не учитывается [3].

Далее, убедительными исследованиями доказано, что оптимизация ДМВ-терапии связана не с увеличением мощности, а напротив - с уменьшением ППМ [10, 21]. Одним из главных недостатков прототипа является то, что он применяется при нормализации уровня билирубина в крови и исчезновения иктеричности [3]. Т.е. речь скорее идет о способе реабилитации реконвалесцентов ВГ, чем способе лечения ВГ. Наконец, сомнительны выводы прототипа об итоговой, эффективности предлагаемого способа, т.к. через 6 месяцев диспансерного учета все больные сняты с учета. Наши исследования показывают, что рекомендованные сроки даже на протяжении до 12 месяцев явно недостаточны. Окончательные выводы об эффективности лечения ВГ можно делать не ранее чем через 3 года после окончания желтушного периода ВГ [20].

Таким образом, обзор основных методов физиотерапии ВГ показывает, что непосредственное воздействие ДМВ на печень обладает рядом недостатков. При других заболеваниях предложены способы воздействия на проекцию надпочечников и щитовидную железу, однако в заявленных вариантах они обладают рядом недостатков и ранее для лечения ВГ не применялись.

Вместе с тем, исходя из патогенеза ВГ немедикаментозные методы лечения могут оказать полезное действие. При данном заболевании речь идет прежде всего о патогенетическом лечении вне зависимости от базового лечения, т.к. до настоящего времени не доказана действенность антивирусных средств, способствующих элиминации ВГВ [8], благоприятному циклическому течению желтушного периода и постжелтушного периода в отдаленное время.

В патогенезе ВГ имеют значение нарушение внутрипеченочного кровотока, отсека паренхимы, функциональных взаимосвязей гипофизарно-надпочечниковой и гипофизарнотиреоидной системы, которые в значительной степени определяют тяжесть течения ВГ, формирование резистентности организма, а самое главное - иммунного ответа, т.е. образование антител, прекращение репликации вируса (ВГВ), его индукцию в геном гепатоцита или элиминацию из организма человека [2, 4, 5, 8, 11, 13, 24, 26, 27, 28, 30].

Целью настоящего изобретения является улучшение течения желтушной фазы и уменьшение неблагоприятных последствий в постжелтушном периоде ВГ, т.е. лечение и профилактика исходов ВГ.

Указанная цель достигается тем, что начиная с первых дней желтушной фазы ВГ ежедневно проводят воздействия электромагнитными волнами дециметрового диапазона на область проекции надпочечников (первая и последующие нечетные процедуры) или щитовидной железы (вторая и последующие четные процедуры). Используют переносной аппарат для ДМВ-терапии "Ромашка" или "Ранет", прямоугольный излучатель размером 5х30 см, располагают контактно на коже пациента. При воздействии на надпочечники мощность ДМВ 4-5 Вт, экспозиция 15 минут, через день, 6-7 процедур на курс лечения; щитовидную железу - мощность 4-5 Вт, экспозиция 5 минут, через день, 6-7 процедур. В течение курса ДМВ-терапии ежедневно воздействуют на одно из полей, всего 12-14 раз.

Новизна и существенные отличия предлагаемого и известных способов (прототип и аналоги) представлены в табл.1, 2 и 3.

Таким образом, основными отличительными особенностями предлагаемого способа лечения ВГ от прототипа является (табл.2):

- исключительное воздействие непосредственно на проекцию печени, а зонами применения ДМВ являются проекции надпочечников и щитовидной железы, которые отсутствуют в прототипе;
- для воздействия на участки тела больного применяют гораздо меньшую плотность потока мощности (ППМ) - $27-33 \text{ мВт/см}^2$, сравнительно с $51-102 \text{ мВт/см}^2$ в прототипе, т.е. в 1,9-3,1 раза меньше;
- эффекты методики достигают именно чередованием воздействий или на проекцию надпочечников или щитовидной железы через день, а не ежедневными воздействиями на один и тот же участок тела больного, как в прототипе;
- предлагаемый способ может быть применен вне зависимости от возраста больных, в т.ч. и у детей, а по прототипу способ разработан для применения у детей;
- момент начала использования предлагаемого способа лечения соответствует первым дням госпитализации больного в инфекционное отделение (благоприятное воздействие на печень достигают

воздействием на другие органы), а в прототипе с 18-30 дня, что соответствует обычному окончанию желтушного периода В Г. Такое раннее начало ДМВ определено использованием минимальной ППМ;

- предлагаемый способ лечения применяют при ВГ вне зависимости от степени тяжести и характера течения В Г, т.е. упреждают возможное отклонение от циклического течения, а в прототипе исключено тяжелое течение ВГА и циклическое течение ВГВ;

- показана эффективность предлагаемого способа при сочетанных формах ВГА и ВГВ (суперинфекция, коинфекция, повторное заболевание, в т.ч. при наличии дельта-инфекции), в прототипе есть указание только о ВГА и ВГВ. Эти сочетания формы обозначены в табл.2 как ВГА+В, ВГА /В/.

Далее, основными отличительными особенностями предлагаемого способа лечения ВГ от аналогов являются (табл.1):

- в предлагаемом способе воздействия на проекцию надпочечников или щитовидной железы проводят именно минимальными дозами ДМВ, так ППМ 27-33 мВт/см², а в аналоге** на проекцию щитовидной железы ППМ на уровне 119 мВт/см², т.е. в 3,9 раз больше; в аналоге*** на проекцию надпочечников ППМ 42-83 мВт/см², т.е. в 1,6-2,5 раза больше;

- в предлагаемом способе на проекцию щитовидной железы воздействуют минимальной экспозицией ДМВ - 5 минут, а в аналоге** до 12 минут, т.е. в 2,4 раза больше; в предлагаемом способе на проекцию надпочечников воздействуют в течение 15 минут, а в аналоге*** до 30 минут, т.е. в 2,0 раза больше;

- в предлагаемом способе применяют минимальное количество процедур на проекцию щитовидной железы - 6-7 (в аналоге** 15-20 процедур), на проекцию надпочечников - 6-7 (в аналоге*** 10-15 процедур).

Следовательно главными отличительными особенностями предлагаемого способа лечения и профилактики исходов В Г является чередование воздействия на проекцию надпочечников и щитовидной железы при минимальных параметрах физиотерапевтического рецепта.

Использование предложенного способа у больных с различными вариантами течения ВГ позволило выявить особенности его эффекта, отличающиеся от эффектов прототипа (см.табл.3). Прежде всего установлено улучшение течения желтушной фазы ВГ, которое выражается;

- в уменьшении удельного веса затяжного течения;
- числа волнообразных биохимических обострений в течение желтушного периода;
- в сокращении длительности периода гипербилирубинемии;
- в ускорении темпа снижения уровня билирубина;
- в увеличении полноты выздоровления и выписке из стационара;
- и неблагоприятных последствий в послежелтушном периоде (в виде заболеваний других органов пищеварения, астено-вегетативного синдрома, артралгического синдрома, хронизации процесса в печени).

Осуществление предлагаемого способа лечения и профилактики исходов вирусных гепатитов.

Для воздействия ДМВ применяют серийный аппарат для ДМВ-терапии "Ромашка" (или "Ранет"). При проведении процедур в течение всего курса положение больного лежа на животе или спине. Время суток - от 12 до 14 часов, что определяется временем работы физиотерапевтического кабинета в инфекционном отделении. Используют излучатель наибольшей площади размером 5х30 см, который располагают контактно на коже пациента.

В первый день курса лечения и последующие нечетные процедуры излучатель устанавливают над областью проекции надпочечников, на уровне сегментов ДВ-Д100 (или на 4 поперечных пальца кисти выше 12 ребра), поперечно оси грудного отдела позвоночника, в равной степени слева и справа от нее.

Во второй день курса лечения и последующие четные процедуры излучатель устанавливают на коже передней поверхности шеи над областью проекции щитовидной железы (или над гортанью), поперечно ос*и* шейного отдела позвоночника, в равной степени слева и справа от нее.

Вне зависимости от области воздействия и порядка процедуры в течение курса лечения мощность ДМВ не изменена - на уровне 4-5 Вт, т.е. это минимальная выходная мощность включенного аппарата "Ромашка" или "Ранет". Использование излучателя наибольшей площади (150 см²) и наименьшей мощности (4-5 Вт) позволяет достигнуть минимальной ППМ в пределах 27-33 мВт/см².

Представленной мощностью воздействуют на область проекции надпочечников в течение 15 минут, а на область проекции щитовидной железы в течение 5 минут. Эти элементы рецепта процедуры остаются неизменными на протяжении всех процедур курса лечения. Процедуры проводят ежедневно, в один день воздействуют или на надпочечники, или на щитовидную железу. Курс лечения состоит из 12-14 процедур, т.е. на каждый орган воздействуют по 6-7 раз.

Предложенный способ лечения, как курс последовательных процедур характеризуется следующими операциями:

- процедуры 1,3,5,7,9,11,13 - положение больного лежа на животе, прямоугольный излучатель размером 5х30 см располагают контактно на коже пациента, над проекцией надпочечников, выше последнего ребра на 4 поперечных пальца кисти, поперечно оси грудного отдела позвоночника, мощность ДМВ 4-5 Вт, экспозиция 15 минут;

- процедуры 2, 4, 6,10, 12, 14 - положение больного лежа на спине, прямоугольный излучатель размером 5х30 см располагают контактно на коже пациента над проекцией щитовидной железы, поперечно оси шейного отдела позвоночника, мощность ДМВ 4-5 Вт, экспозиция 5 минут.

Кроме вышеуказанной терапии ДМВ все больные основной и контрольной групп получали общепринятую дезинтоксикационную терапию (внутривенные капельные инфузии 5% раствора глюкозы, раствора Петрова или 0,9% раствора хлорида натрия по 800-1200 мл в сутки, на протяжении 5-7 дней), поливитамины по 1 др. 2 раза в день, на протяжении 2-3 недель; диету 5. Отметим, что в группах исследований больные не принимали глюко-кортикоиды, иммуномодуляторы или др. медикаментов.

Пример конкретного применения, Б-ной С, ист.бол. № 1435, диагноз: Вирусный гепатит А+В, желтушная форма средней тяжести. При поступлении предъявляет жалобы на снижение аппетита, тошноту, головную

боль, неудовлетворительный сон, тяжесть в подложечной области, желтушность кожных покровов. Назначены дезинтоксикационная инфузионная терапия, поливитамины, постельный режим, диета 5. Проведен забор материала для объективного учета проводимой терапии (результаты представлены в табл.4, 5, 6, 7 и 8). Последующие осмотры пациента показали отсутствие психо-эмоциональных признаков ухудшения течения желтушного периода, некоторое уменьшение синдрома интоксикации, что позволило на 4 день госпитализации назначить ДМВ-терапию по предлагаемому способу лечения.

Первая процедура. Положение больного лежа на животе. Прямоугольный излучатель комплектующий аппарат "Ромашка" устанавливают контактно на коже пациента проекций надпочечников (на 4 поперечных пальца кисти выше 12 ребра или в пределах сегментов Д8-Д10), поперечно оси грудного отдела позвоночника. Устанавливают выходную мощность аппарата ДМВ на уровне 4 Вт. Продолжительность процедуры 15 минут, после чего ее заканчивают.

Вторая процедура. Положение больного лежа на спине. Прямоугольный излучатель аппарата "Ромашка" устанавливают компактно на коже пациента над проекцией щитовидной железы (или над гортанью) поперечно оси шейного отдела позвоночника. Устанавливают выходную мощность аппарата ДМВ на уровне 4 Вт. Продолжительность процедуры 5 минут, после чего ее заканчивают.

Осмотр пациента после двух процедур показал, что симптомы синдрома интоксикации не увеличиваются, психо-эмоциональное состояние свидетельствует о благоприятном течении ВГ, прежде всего об отсутствии ухудшения, что позволяет продолжить ДМВ-терапию.

Третью процедуру проводят при параметрах, аналогичных первой.

Четвертую процедуру проводят при параметрах, аналогичных второй. При очередном осмотре пациента отмечается уменьшение тошноты, улучшение аппетита и ночного сна, отсутствие головной боли. Повторные биохимические исследования сыворотки крови также свидетельствуют о благоприятной динамике желтушного периода: билирубин 140 мкмоль/л, прямая фракция 83 мкмоль/л, АЛТ ммоль/л АСТ 2,7 ммоль/л, тимоловая проба 20 ед., протромбиновый индекс 83%. Исходные данные представлены в табл.5.

5-, 7-, 9-ую процедуры проводят при параметрах, аналогичных первой.

6-, 8-, 10-ую процедуры проводят при параметрах, аналогичных второй.

При последующем осмотре пациента отмечают отсутствие жалоб, нормализацию пациента, ночного сна, отсутствие тяжести в подложечной области, улучшение эмоционального состояния.

12-ую, 14-ую процедуры проводят при параметрах, аналогичных второй. После чего курс лечения заканчивается. Для объективной оценки проведенной терапии специальные исследования сделаны повторные (см. табл.4, 5, 6, 7 и 8).

Следует отметить, что методика ДМВ была одинаковой вне зависимости от типа ВГ - А, В, А+В, А/В/ и тяжести течения легкая, средняя, тяжелая; варианта - циклического, атипичного, поэтому приведен один пример. Предлагаемый способ лечения применен у 102 больных В Г.

Предыдущий опыт лечения больных ВГ, излучение отдельных результатов показывает, что общепринятые патогенетические и симптоматические средства позволяют сократить желтушную фазу ВГ. Создают лучшие условия для прохождения-острой фазы ВГ, однако не предотвращают возможных неблагоприятных исходов в послежелтушном периоде, который изучен нами у больных ВГ на протяжении последующих 5-10 лет [20].

Это послужило основанием для поиска нового патогенетического метода лечения В Г, который бы обладал широким диапазоном положительных эффектов в желтушном и послежелтушном периоде В Г; сокращение продолжительности периода гипербилирубинемии, ускорение темпа снижения билирубина, уменьшение числа затяжного течения и волнообразных биохимических обострений, увеличение полноты выздоровления; уменьшал бы остаточные явления желтушной фазы и число неблагоприятных последствий ВГ в послежелтушном периоде. Выбор пути разработки патогенетического метода лечения был начат с анализа литературных данных [17]. Основной предпосылкой выбора метода физиотерапии служило следующее - избранный метод должен в наибольшей мере соответствовать патогенезу ВГ. Предполагался фактор с активным воздействием на нарушенную микроциркуляцию печени, уменьшающий длительность синдрома цитолиза (т.е. стабилизирующий мембраны гепатоцитов), стимулирующий глюкокортикоидную функцию коры надпочечников щитовидной железы.

Далее, механизм действия избранного фактора должен соответствовать патогенезу В Г. В этой связи отметим, что по данным литературы [17] на эту роль претендовали: методики электрофореза лекарственных веществ, ультразвуковая терапия, магнитотерапия, индуктотерапия, э.п. ультравысокой частоты, электромагнитные волны дециметрового диапазона. Исходя из механизма действия фактора, из групп исследования были исключены методики лекарственного электрофореза [9]. Учитывая анатомо-топографические особенности печени, на группы исследования была исключена методика ультразвуковой терапии [14].

Оставшиеся были включены в исследование, т.к. согласно литературным данным [13, 16, 23, 25] их механизм во многом схож, соответствует патогенезу ВГ и возможностью непосредственного воздействия на паренхиму печени их глубина проникновения от 9 до 11 см. По каждому из этих методов имеются специальные исследования [3, 16, 23, 25], однако отсутствуют сравнительные данные, которые бы позволили выбрать оптимальный способ лечения и конкретную методику ее применения.

Все наблюдения проведены на базе инфекционного отделения окружного военного госпиталя. Это позволило исследовать сравнительно однородную группу молодых мужчин, в основном 18-22 лет. Специальные исследования проведены на базах лабораторий Одесского мединститута, Окружного военного госпиталя, Одесского НИИ вирусологии.

Для обоснования предлагаемого способа лечения, больные случайным методом были распределены по следующим группам:

- с включением магнитотерапии(ПемП), 75 чел., на 1 курс 10 процедур;
- с включением индуктотерапии(ИТ), 97, на курс 10 процедур;

- с включением з.п. ультравысокой частоты (УВЧ), 102 чел., 10 процедур;
- с включением электромагнитных волн дециметрового диапазона на проекцию печени (ДМВ П), 114 чел., прототип, 10 процедур;
- с включением ДМВ на проекцию надпочечников (ДМВ Н), 75 чел., 10 проц.;
- с включением ДМВ на проекцию щитовидной железы (ДМВ-Щ), 73 чел., 10 пр.;
- с включением ДМВ на проекцию-надпочечников 6-7 процедур, а затем ДМВ на проекцию щитовидной железы 6-7 процедур (ДМВ н+Щ), 66 чел.;
- с включением ДМВ в чередовании через день на проекцию надпочечников или щитовидной железы по 6-7 процедур на каждую область (ДМВ НЩ), 102 чел., предлагаемый способ;
- контрольная группа, без включения физиотерапии, 107 чел.

Разовая терапия во всех группах была, одинаковой (см. с. 11).

Первая серия исследований по обоснованию предлагаемого способа лечения должна была обосновать ответ на ее основной вопрос - какой из методов отобранной физиотерапии оказывает наиболее выраженное воздействие на функциональное состояние печени.

С этой целью в качестве индикатора реакции печени, избрано влияние исследуемого фактора на основное патогенетическое звено ВГ - кровообращение печени. Эта функция исследования методом реогепаго-графии (РГГ, аппараты "ЭКГ-300" и "4РГ-2М"). Запись РГГ проводили утром до завтрака, до и после воздействия фактора, процедуры проводили ежедневно в возрастающих дозировках, желательного у одного и того же больного. Математическую обработку материала проводили после его набора во всех группах исследования.

Данные по оценке однократного воздействия процедуры постоянного магнитного поля (ПМП) на реакцию сосудистого аппарата печени представлены в табл.9. Для генерации ПМП использован серийный аппарат "Полус-1", процедуры проводили цилиндрическими индукторами, которые располагали поперечно, один спереди над проекцией печени, а второй сзади в пределах сегментов Д5-Д10, экспозиция 20 мин, режим непрерывный, положение переключателя силы магнитной индукции 1 и 3 (в каждой группе, в т.ч. плацебо - по 31 исследованию). При анализе данных РГГ, представленных в табл. 9, учитывали реографический индекс систолической волны (РИС), реографический индекс диастолической волны (РИД), время кровенаполнения печени (ВК) и его отношение к оттоку крови (ВК/ВО), амплитудно-частотный показатель циркуляции крови (АЧП) в печени. Эта группа исследований позволила установить, что процедуры ПМП не оказывают достоверного воздействия на сосудистые структуры печени.

Однако, учитывая, что по данному методу в свое время был предложен способ лечения ВГ [25], исследования в данном направлении были продолжены. Изучено воздействие на кровоснабжение печени другого варианта магнитотерапии - переменного магнитного поля (ПеМП). Тем более, что в последние годы в литературе показано более активное воздействие этого варианта магнитотерапии. Исследовано влияние доз магнитной индукции на уровне 1, 2, 3, 4 положения переключателя силы индукции (во всех группах по 31 исследованию). В остальном параметры физиотерапевтического рецепта прежние. Анализ показателей, представленных в табл.10 показывает, что в сравнительном плане ПеМП более активно воздействует на кровообращение печени, чем ПМП. Но в целом, реакция печеночного сосудистого русла изменяется незначительно, а более активно влияет минимальная доза ПеМП,

Для оценки влияния индуктотермии (ИТ) использовали серийный аппарат "ИКВ-4", процедуры проводили большим индуктором-диском, который устанавливали над проекцией печени, экспозиция 15 минут, положение переключателя силы анодного тока 1,2,3 и 4. Сведения представлены в табл.11, указывают на более выраженное воздействие ИТ на кровообращение печени. Обращает на себя внимание, что наиболее выраженное воздействие оказывает минимальная доза ИТ. Интересно, что с увеличением дозы магнитной индукции число больных с положительным эффектом даже уменьшилось.

Э.п. УВЧ изучали мощность 15 и 30 Вт (аппарат "УВЧ-30", конденсаторные диски № 3 (55 и 70 Вт) 1 и 2 положения переключателя мощности на аппарате "Экран-2", конденсаторные диски ISFe 2), экспозиция 10 минут, методика поперечная. Сведения, представленные в табл.12, позволяют отметить, что э.п. УВЧ оказывает положительное воздействие на все показатели РГГ, характеризующие улучшение кровообращения в печени у больных ВГ. И вновь - наиболее выраженное воздействие оказывают именно минимально возможная мощность на серийном аппарате - 15 Вт. В целом э.п. УВЧ более активно улучшает кровообращение печени, чем ПМП, ПеМП, ИТ.

Процедуры электромагнитных волн дециметрового диапазона (ДМВ) проводили серийными препаратами "Ромашка" ("Ранет") и "Волна-2". Исследовали мощности 4-5 и 10 Вт (прямоугольный излучатель, 5x30 см), 20 и 30 Вт (цилиндрический излучатель, 16x35 см), экспозиция 15 минут, излучатели располагали контактно или зазором над проекцией печени. Эти процедуры оказывали высокодостоверное воздействие на все изучаемые показатели РГГ, характеризующие активность влияния физического фактора на сосудистый аппарат печени (см. табл.13). И опять те же закономерности - оптимальной оказывалась именно минимальная доза. Отметим, что эта группа исследований касается прототипа [1].

Таким образом, эта серия исследований позволила ответить на основной вопрос заявленного способа лечения - наиболее выраженное воздействие в отношении улучшения нарушенного кровообращения печени при ВГ оказывают процедуры ДМВ.

Впервые выявлена интересная закономерность от избранного фактора воздействия, оптимальный эффект можно получить, применяя только минимальные его дозы. Эти сведения отражены в табл.14. Далее, сравнительно с применением э.п. УВЧ (15 Вт) дециметровые волны позволяют достигнуть выраженного воздействия на кровообращение в печени посредством меньшей в 3 раза дозы - 4-5 Вт. Эта тенденция нами отмечена, поэтому дальнейшая работа по разработке предлагаемого способа лечения проведена именно с применением ДМВ.

Следующий этап обоснования предлагаемого способа лечения, касается поиска варианта ДМВ-терапии, обладающего большей широтой воздействия. Обращает на себя внимание прежняя тенденция - с

увеличением дозы фактора активности воздействия на больной орган снижается. Относительно ДМВ, последнее наблюдается при исследовании мощности, большей 10 Вт (см. табл.13). В этой связи, в следующей группе при тех же параметрах физиотерапевтического рецепта проведено воздействие на проекцию надпочечников.

Известно, что в патогенезе ВГ функциональное состояние надпочечников имеет ведущее значение [2, 4, 13, 26, 28]. Данные о влиянии ДМВ-терапии на гемодинамику печени, посредством ДМВ на надпочечники представлены в табл.15. Прежде всего обращает на себя внимание то, что воздействие на проекцию надпочечников оказывает более, выраженное воздействие на сосудистое русло печени, чем непосредственное на проекцию печени (см. табл.13). Положительные сдвиги высокодостоверны и наблюдаются у большего числа больных. Кроме этого, воздействие на эту зону отличает большая широта терапевтического действия - от 4-5 до 20 Вт включительно (см. табл.15). При этом, можно получить два важных эффекта - положительное воздействие на микроциркуляцию печени и функциональное состояние надпочечников.

Таким образом, эта группа исследований позволяет считать ДМВ на проекцию надпочечников более предпочтительным, чем на проекцию печени.

Анализ воздействия ДМВ на гормонально активные зоны был продолжен. Так, предпринято воздействие минимальными дозами ДМВ на проекцию щитовидной железы. Известны эффекты тиреоидных гормонов на процессы трофики органов и тканей, регенерацию, иммуногенез, наконец, показано патогенетическое значение функционального состояния щитовидной железы при В Г [5, 6, 10, 13, 21, 24, 29]. Для назначения ДМВ на проекцию щитовидной железы использовали только минимальную мощность возможную на серийном аппарате "Ромашка" ("Ранет") без его модификации как это необходимо по способу аналогу [29]. При этом, использована ППМ меньшая в 2-3 раза, чем ранее.

Прямоугольный излучатель располагали контактно на коже пациента над проекцией щитовидной железы, экспозиция 5 минут. Как показал анализ РГГ воздействие ДМВ на эту зону выраженного влияния на кровообращение печени не оказывает (табл.16). Однако, отмечена достоверная тенденция по числу больных, у которых все же имеются положительные сдвиги (РИС, В К). Важно, что влияние на зону щитовидной железы не ухудшает состояния печени, т.к. исходя из теоретических предпосылок, в наших исследованиях предполагалось развить это направление.

Сравнительные эффекты ДМВ, направленные на зоны, используемые в прототипе и аналогах, представлены в табл.16.

Таким образом, запись РГГ до и после процедур различной мощности ПМП, ПеМП, ИТ, УВЧ, ДМВ позволила сделать следующие выводы, имеющие отношения к обоснованию предполагаемого способа лечения:

1. На функциональное состояние печени по данным РГГ у больных ВГ наиболее благоприятно воздействует ДМВ.

2. Оптимальный эффект позволяет получить именно назначение минимальных доз.

3. Воздействие на проекцию надпочечников оказывает наиболее выраженное воздействие на нормализацию показателей РГГ, а на проекцию щитовидной железы определяет достижение тенденции к их улучшению.

Представленные сведения подтверждаются анализом РГГ до и после курсов ПМП, ПеМП, УВЧ, ДМВ в выше представленных режимах (эти данные в заявочные материалы не включены, т.к. новых моментов, кроме уже указанных, не выявляют).

Вторая серия исследований касается исследования возможностей ДМВ-терапии корректировать функциональное состояние эндокринных органов, имеющих непосредственное отношение к формированию иммунологической резистентностиTM организма, в ответ на действие вирусных агентов В Г. В качестве индикатора этого процесса изучена динамика функционального состояния гипоталамико-гипофизарно-тиреоидной (ТЗ, Т4, ко-эф.ТЗ/Т4 ТТГ) и гипоталамико-надпочечни-ков (кортизол, АКТГ) систем.

Наблюдения проведены с набором материала в следующих группах больных ВГ: 1

- 1 гр. - контрольная, плацебо, применялось общепринятое базовое лечение, которое было аналогичным во всем группах;

- 2 гр. - дополнительно проведено курсовое воздействие ДМВ на проекцию печени (ДМ В П);

- 3 гр. -дополнительно проведено курсовое воздействие ДМВ на проекцию щитовидной железы (ДМВ Щ);

- 4 гр. - с включением курсового воздействия ДМВ на проекцию надпочечников (ДМВ Н);

- 5 гр. - с включением курсового воздействия ДМВ сначала на проекцию надпочечников 6-7 процедур, а затем на проекцию щитовидной железы 6-7 процедур (ДМВ Н+Щ);

- 6 гр. - курсовое воздействие состояло из чередования ДМВ через данные проекцию надпочечников или щитовидной железы по 6-7 процедур, всего 1-14 (ДМВ НЩ).

Взятие сыворотки крови проводилось в утренние часы до завтрака, перед началом и после завершения курса физиотерапии. Учитывая число процедур на курс лечения, обычно повторное исследование проводили на 3 неделе госпитализации. Аналогичный срок выдержан на контрольной группе.

На основании данных о воздействии курсов ДМВ на функциональное состояние гипоталамико-гипофизарно-тиреоидной системы, представленных в табл.17, можно сделать вывод о том, что наиболее выраженное воздействие на функциональное гипоталамико-гипофизарно-тиреоидной системы оказывает именно курс процедур ДМВ, состоящих из поочередного влияния ДМВ в избранном режиме на проекцию надпочечников (один день) или щитовидной железы (другой день). Высокодостоверно изменяется динамика всех изучаемых показателей – ТЗ, Т4, коэффициент из взаимоотношения, отражающий функциональное состояние печени ТЗ/Т4 и ТТГ (см. табл.17, 19). Причем этот эффект неочевиден, а с другой стороны имеет принципиальное значение. Действительно, простое чередование последовательных курсов воздействия сначала на надпочечники, а затем на щитовидную железу существенного значения не оказывает. Это же значение касается и контрольной группы, курса ДМВ на проекцию печени. Последнее имеет большое значение, т.к. ДМВ применен в способе

прототипе.

В результате этих исследований установлен неочевидный эффект, который выражен в том, что для терапии ВГ предпочтительней воздействие собственно на печень не проводить, а опосредовать их через другие органы, в частности эндокринные.

Анализ функционального состояния гипофизарно-надпочечниковой системы позволил выявить важный эффект применяемых способов лечения. Так, вне зависимости от базового лечения (1 гр. - контрольная), к концу желтушной фазы отмечается снижение уровня кортизола, уровень АКТГ практически не изменяется. В группах исследования (за исключением 5 гр. - ДМВ Н+Щ) уровень кортизола не снижается (см. табл.18). Это свидетельствует о профилактическом влиянии ДМВ в предпринятых режимах на функциональную активность надпочечников, которые имеют главное значение в формировании адаптационной реакции в развитии инфекционного процесса [2, 4, 5, 13, 21, 28]. Причем, наибольшим эффектом обладает курс чередования процедур ДМВ по предлагаемому способу лечения (6 гр. - ДМВ НЩ). Эти сведения представлены в табл.20, из которой следует, что именно под влиянием предлагаемого курса лечения снижение функционального состояния коры надпочечников наблюдается у меньшего числа больных - только у 34,8%, а в остальных группах - у 52-58%.

4. Наиболее активное воздействие на систему, обеспечивающую формирование иммунологической резистентности организма к повреждающему агенту - ВГ - обладает - ДМВ-терапия на проекции надпочечников и щитовидной железы.

5. Чередование через день этих воздействий имеет решающее значение перед другими вариантами воздействия ДМВ.

Таким образом, обоснованы параметры физиотерапевтического рецепта заявленные в формуле изобретения:

- выбор ДМВ, как метода лечения (анализ РГГ);
- выбор зоны воздействия ДМВ на надпочечники и щитовидную железу (анализ РГГ и уровня гормонов);
- назначение чередования воздействия ДМВ на эти органы (анализ уровня гормонов);
- экспозиция 15 минут на проекцию надпочечников (анализ РГГ и уровня гормонов);
- экспозиция 15 минут на проекцию щитовидной железы (анализ уровня гормонов);
- мощность ДМВ 4-5 Вт (анализ РГГ и уровня гормонов);
- по 6/7 процедур, всего 12-14 на курс лечения (анализ уровня гормонов).

Мы располагаем динамикой функционального состояния иммунологической реактивности организма больных ВГ под влиянием курсов ПемП, ИТ, э.п. УВЧ, ДМВ, П, ДМВ, Н, ДМВ Щ, ДМВ Н+Щ, ДМВ НЩ, плацебо. Однако, эти данные имеют скорее научный интерес и на обоснование формулы изобретения прямого влияния не* оказывают. В связи с чем, в заявочных материалах отсутствуют.

Есть еще один важный момент, на котором хотел бы остановиться, касаясь обоснования предлагаемого способа лечения. Разработанный способ лечения является патогенетическим и направлен на устранение основных патофизиологических сдвигов, наблюдаемых у больных В Г, вне зависимости от его типа. В литературе достаточно освещено различное отношение к ВГ типа А или В [4,11, 26, 28]. Все известные предыдущие разработки относительно ВГ касались или ВГА, или ВГВ [17]. Это было понятно и просто. Вместе с тем, в последние годы у нас появилась возможность идентифицировать типы ВГ и проследить динамику их развития путем выявления маркеров ВГ (исследования проведены на базе Одесского НИИ вирусологии, реактивы фирмы "ДИАплюс"). Отметим, что изучение маркеров ВГ проводилось при поступлении и выписке больных из отделения, иногда в середине курса лечения.

Были выявлены интересные вещи. Прежде всего, установлена неоднородность ВГА или ВГВ. Эти сведения представлены в табл.21. Вполне вероятно, что групп было бы еще больше, если бы имели тест-системы в полном объеме. Во всяком случае, проведя исследование только части сывороток, у 3% больных В Г выявлен маркер дельта-инфекции.

Учитывая новые данные о прогностической ценности определения маркеров В Г [8, 27,30], современной классификации хронических гепатитов (Конгресс гастроэнтерологов в Риме, 1988) основной на выявлении признаков печеночно-клеточного воспаления и наличия или отсутствия репликации вируса, была проанализирована динамика маркеров репликации или индукции ВГВ. Эти данные представлены в табл.22. Они позволяют высказать предложение о том, что предлагаемый способ лечения ВГ улучшает прогноз после-желтушного периода ВГВ, ВГВ+А.

В заключение представим сравнительную эффективность предлагаемого и известных способов лечения ВГ, иллюстрирующую достижение поставленной цели заявляемого материала. Отметим, что критерии послежелтушного периода отработаны на основании анализа собственных данных [20]. Длительность катамнеза не менее 3 лет. Сведения представлены в табл.23.

Таблица 1

Отличительные технологические признаки известных и предлагаемого
способов лечения ВГ

Признаки	Предлагаемый способ лечения	Известный способ* (прототип)	Известный способ** (аналог)	Известный способ*** (аналог)
Область применения	ВГ вне зависимости от возраста и течения	ВГ у детей, затяжное течение	Язвенная болезнь 12-перст. к-ки	Неспецифический аортоартериит
Область воздействия	Надпочечники и щитовидная железа	Печень	Щитовидная железа	Надпочечники
Необходимость аттюниатора	Нет	—	Да	—
Мощность ДМВ	4–5 Вт	4–8 Вт	1,5 Вт	20–40 Вт
Площадь излучателя	150 см ²	78,5 см ²	12,6 см ²	480 см ²
Плотность потока мощности	27–33 мВт/см ²	51–102 мВт/см ²	119 мВт/см ²	42–83 мВт/см ²
Экспозиция	Надпочечники – 15 мин, щитовидная жел. – 5 мин	—	Щитовидная жел. – 12 мин	Надпочечники – 15–30 мин
Повторяемость	Чередование через день	Ежедневно	Ежедневно	Ежедневно
Число процедур	По 6–7	8–10	15–20	10–15

Примечание: * – авт.св. № 1351614 [1].

** – авт.св. № 888956 и № 1438049 [7, 29].

*** – авт.св. № 1125819 и № 1634286 [12, 31].

Т а б л и ц а 2

Отличительные клинические признаки предлагаемого и известного способа лечения ВГ

Признаки	Предлагаемый способ лечения	Известный способ лечения (прототип)
Формы ВГ	ВГ вне зависимости от возраста и варианта течения	ВГ у детей, затяжное течение
Момент начала применения	ВГА: на 3–4 день болезни. ВГВ: на 3–4 день ВГА+В: на 3– день ВГА /В/: на 3–4 день	На 18–29 день На 25–30 день Нет сведений Нет сведений
Отношение к уровню билирубина	Вне зависимости от исходного уровня	После нормализации уровня билирубина начинают применение ДМВ
Течение: ВГА		
– легкое	Да	Да
– среднее	Да	Да
– тяжелое	Да	Нет
ВГВ		
– легкое	Да	Да
– среднее	Да	Нет
– тяжелое	Да	Нет
ВГА+В	Да	Нет сведений
ВГА /В/	Да	Нет сведений
Воздействие на		
– печень	Нет	Да
– надпочечники	Да	Нет
– щитовидная железа	Да	Нет

П р и м е ч а н и е: ВГА – ВГ типа А;

ВГВ – ВГ типа В;

ВГА+В – одновременное выявление маркеров ВГ, подтверждающих коинфекцию или суперинфекцию ВГ А и В;

ВГА /В/ – ВГ типа А при наличии маркеров, указывающих на ранее перенесенный ВГ типа В.

Таблица 3

Сравнительная эффективность предлагаемого и известного способов лечения ВГ
(непосредственные и отдаленные результаты)

Признаки	Предлагаемый способ лечения	Известный способ лечения (прототип)	Контроль
Длительность периода гипербилибинемии, койко-дней			
– легкая ст.	16,2 ± 1,2 p<0,01	22,7 ± 1,1 p –	23,1 ± 1,1
– средняя ст.	30,4 ± 1,6 p>0,1	30,8 ± 1,9 p>0,1	34,2 ± 1,8
– тяжелая ст.	31,6 ± 3,1 p<0,01	48,3 ± 4,8 p –	47,4 ± 4,2
Сокращение длительности периода гипербилирубинемии			
– легкая ст.	На 6, 8 дней	На 0,4 дня	–
– средняя ст.	На 3, 8 дней	На 3,4 дня	–
– тяжелая ст.	На 14, 8 дней	–	–
Темп нормализации уровня билирубина, мкмоль/сут			
– легкая ст.	3,8 ± 0,3 p<0,01	3,0 ± 0,2 p>0,05	2,4 ± 0,2
– средняя ст.	4,4 ± 0,5 p –	4,1 ± 0,4 p –	4,0 ± 0,3
– тяжелая ст.	7,5 ± 0,6 p<0,01	4,3 ± 0,3 p<0,05	5,4 ± 0,5
Волнообразные биохимические обострения	1,9 %	7,8 %	6,5 %
Затяжное течение желтушной фазы (более 50 дней)	1,9 %	6,1 %	10,3 %
Сохранение НВ–АГ	Нет	4,1 %	3,2 %
НВ–АГ (к выписке)	26,5 %	38,6 %	39,2 %
Синдром послевирусной астении (к выписке)	2,9 %	7,0 %	8,4 %
Неблагоприятные отдаленные исходы в послежелтушном периоде (катамнез не менее 3 лет)	20,6 %	40,4 %	38,3 %

Таблица 4

Динамика данных реогепаграфии

Показатели	До лечения	После лечения
РИС	0,5	1,1
РИД	0,3	0,7
ВК, сек	0,12	0,20
ВК/ВО	0,16	0,36
АЧП	0,59	1,38

Таблица 5

Динамика данных биохимических исследований

Показатели	До лечения	После лечения
Билирубин, общий, мкмоль/л	188	18
Билирубин, прямой, мкмоль/л	132	3
АСТ, ммоль/л	4,2	0,9
АЛТ, ммоль/л	5,7	1,0
Тиловая проба, ед.	24	14
Протромбин, %	72	83

Таблица 6

Динамика данных гормональных исследований

Показатели	До лечения	После лечения
ТЗ, нмоль/л	2,1	2,4
Т4, нмоль/л	220	93
ТЗ/Т4, /10/	0,1	0,3
ТТГ, мЕД/л	0,8	2,5
Кортизол, нмоль/л	618	780
АКТГ, пг/мл	47	28

Динамика данных иммунологических исследований

Таблица 7

Показатели	До лечения		После лечения	
	абсол.	относит.	абсол.	относит.
Лейкоциты, $\times 10^9$ л	4,2	–	4,9	–
Лимфоциты, $\times 10^9$ л, %	1,8	42	2,1	43
Е-РОН, $\times 10^9$ л, %	0,70	32	0,70	27
Тл-общие, $\times 10^9$ л, %	0,90	51	0,97	46
Тл/теоф. теоф. рез., $\times 10^9$ л, %	0,55	31	0,74	35
Тл/теоф. теоф. чув., $\times 10^9$ л, %	0,35	20	0,23	11
Инд, тфр/тфч, ед.	1,57	–	3,17	–
Вл, $\times 10^9$ л, %	0,04	2	0,11	5
IgM, г/л	2,2	–	1,2	–
IgG, г/л	13	–	8	–
IgA, г/л	1,9	–	1,7	–
НСТ-базальн., %	–	7	–	10
НСТ-стимулир., %	–	35	–	52
ЦИК, ед.	19,2	–	10,1	–
РТМЛ/ЛМ 5/, %	–	96	–	115
РБТЛ/ЛМ 5/, %	–	48	–	60
ФА, %	–	53	–	49
ФЧ, %	3,8	–	2,4	–

Динамика маркеров вирусных гепатитов А и В

Таблица 8

Показатели	До лечения	После лечения
НВе-Аг	+	-
НВs-Аг	+	-
Анти-НВе	-	-
Анти-НВs	+	+
Анти-НВс, 1оМ	+	+
Анти-НВс, компл.	+	+
Анти-НАУ, 1оМ	+	+

Таблица 9

Влияние процедур магнитотерапии (ПМП) на гемодинамику печени по данным реогепатогграфии у больных вирусными гепатитами А и В

Показатели (n=31)	Здоровые	Плацебо	Аппарат "Полюс-1", сила индукции	
			1 полож.	3 полож.
РИС	$0,86 \pm 0,04$	$0,54 \pm 0,04$ $0,52 \pm 0,04$	$0,57 \pm 0,04$ $0,63 \pm 0,04$	$0,58 \pm 0,03$ $0,61 \pm 0,04$
	$p < 0,001$	—	—	—
РИД	$0,59 \pm 0,02$	$0,46 \pm 0,03$ $0,39 \pm 0,03$	$0,43 \pm 0,03$ $0,47 \pm 0,04$	$0,42 \pm 0,03$ $0,45 \pm 0,04$
	$p < 0,001$	—	—	—
ВК	$0,18 \pm 0,01$	$0,12 \pm 0,01$ $0,13 \pm 0,01$	$0,15 \pm 0,01$ $0,16 \pm 0,01$	$0,17 \pm 0,01$ $0,18 \pm 0,01$
	$p < 0,001$	—	—	—
ВК/ВО	$0,31 \pm 0,02$	$0,16 \pm 0,01$ $0,17 \pm 0,01$	$0,22 \pm 0,01$ $0,22 \pm 0,01$	$0,26 \pm 0,01$ $0,27 \pm 0,01$
	$p < 0,001$	—	—	—
АЧП	$0,87 \pm 0,05$	$0,59 \pm 0,04$ $0,55 \pm 0,04$	$0,60 \pm 0,04$ $0,61 \pm 0,04$	$0,63 \pm 0,04$ $0,63 \pm 0,04$
	$p < 0,001$	—	—	—
Характер. РГГ (в %)				
– увеличение РИС		$16,1 \pm 6,3$	$48 \pm 48,9$ $p < 0,01$	$38,7 \pm 8,7$ $p < 0,05$
– уменьшение РИС		$16,1 \pm 6,5$	$25,8 \pm 7,6$ $p > 0,1$	$22,5 \pm 7,4$ —
– увеличение ВК		$12,9 \pm 6,0$	$29,0 \pm 8,1$ $p > 0,1$	$29,0 \pm 8,1$ $p > 0,1$

Примечание. В числителе – до процедуры, в знаменателе – после процедуры.

Таблица 10

Влияние процедур магнитотерапии (ПемП) на гемодинамику печени по данным реогепатогграфии у больных вирусными гепатитами А и В

Показатели (n=31)	Аппарат "Полюс-1", сила индукции			
	1 полож.	2 полож.	3 полож.	4 полож.
РИС	$0,68 \pm 0,03$ $0,79 \pm 0,04$ $p < 0,05$	$0,61 \pm 0,03$ $0,67 \pm 0,04$ —	$0,75 \pm 0,04$ $0,74 \pm 0,05$ —	$0,65 \pm 0,04$ $0,72 \pm 0,05$ —

Показатели (n=31)	Аппарат "Полюс-1", сила индукции			
	1 полож.	2 полож.	3 полож.	4 полож.
РИД	$0,43 \pm 0,03$	$0,42 \pm 0,03$	$0,49 \pm 0,03$	$0,47 \pm 0,03$
	$0,53 \pm 0,03$	$0,48 \pm 0,02$	$0,53 \pm 0,02$	$0,51 \pm 0,03$
	p<0,05	p>0,2	–	–
ВК	$0,14 \pm 0,01$	$0,11 \pm 0,01$	$0,12 \pm 0,01$	$0,15 \pm 0,01$
	$0,15 \pm 0,01$	$0,13 \pm 0,01$	$0,11 \pm 0,01$	$0,17 \pm 0,01$
	p>0,1	p>0,1	–	p>0,1
ВК/ВО	$0,23 \pm 0,01$	$0,17 \pm 0,01$	$0,17 \pm 0,01$	$0,22 \pm 0,01$
	$0,23 \pm 0,01$	$0,18 \pm 0,01$	$0,15 \pm 0,01$	$0,25 \pm 0,02$
	–	–	p>0,1	p>0,1
АЧП	$0,71 \pm 0,04$	$0,67 \pm 0,06$	$0,84 \pm 0,04$	$0,71 \pm 0,05$
	$0,78 \pm 0,04$	$0,71 \pm 0,03$	$0,79 \pm 0,03$	$0,79 \pm 0,03$
	p>0,2	–	–	p>0,2
Характер. РГГ (в %)				
– увеличение	$54,8 \pm 8,9$	$54,8 \pm 8,9$	$38,7 \pm 8,7$	$51,6 \pm 8,9$
РИС	p<0,01	p<0,01	p<0,05	p<0,01
– уменьшение	$12,9 \pm 6,0$	$9,6 \pm 5,4$	$32,3 \pm 8,3$	$25,8 \pm 7,8$
РИС	–	–	p>0,1	p>0,1
– увеличение	$29,0 \pm 8,1$	$35,5 \pm 8,6$	$19,4 \pm 7,0$	$35,5 \pm 8,6$
ВК	p>0,1	p<0,05	–	p<0,05

П р и м е ч а н и е. В числителе – до процедуры; в знаменателе – после процедуры.

Т а б л и ц а 11

Влияние процедур индуктотермии (ИТ) на гемодинамику печени по данным реогепатогграфии у больных вирусными гепатитами А и В

Показатели (n=31)	Аппарат "ИКВ-4", сила индукции			
	1 полож.	2 полож.	3 полож.	4 полож.
РИС	$0,48 \pm 0,03$	$0,53 \pm 0,03$	$0,62 \pm 0,04$	$0,57 \pm 0,03$
	$0,57 \pm 0,03$	$0,59 \pm 0,03$	$0,67 \pm 0,04$	$0,59 \pm 0,04$
	p<0,05	p>0,1	–	–
РИД	$0,34 \pm 0,02$	$0,39 \pm 0,02$	$0,45 \pm 0,03$	$0,42 \pm 0,02$
	$0,40 \pm 0,02$	$0,45 \pm 0,03$	$0,48 \pm 0,03$	$0,42 \pm 0,02$
	p<0,05	p>0,05	–	–
ВК	$0,14 \pm 0,01$	$0,14 \pm 0,01$	$0,16 \pm 0,01$	$0,16 \pm 0,01$
	$0,17 \pm 0,01$	$0,16 \pm 0,01$	$0,19 \pm 0,01$	$0,16 \pm 0,01$
	p<0,05	p>0,1	p<0,05	–

Показатели (n=31)	Аппарат "ИКВ-4", сила индукции			
	1 полож.	2 полож.	3 полож.	4 полож.
ВК/ВО	$0,21 \pm 0,01$ $0,25 \pm 0,01$ $p < 0,01$	$0,20 \pm 0,01$ $0,22 \pm 0,01$ $p > 0,1$	$0,24 \pm 0,01$ $0,27 \pm 0,01$ $p < 0,05$	$0,25 \pm 0,01$ $0,28 \pm 0,02$ $p > 0,1$
АЧП	$0,55 \pm 0,04$ $0,61 \pm 0,03$ $p > 0,2$	$0,54 \pm 0,03$ $0,59 \pm 0,04$ -	$0,69 \pm 0,04$ $0,71 \pm 0,04$ -	$0,67 \pm 0,03$ $0,66 \pm 0,05$ -
Характер. РГГ (в %)				
- увеличение РИС	$61,3 \pm 8,7$ $p < 0,001$	$48,4 \pm 8,9$ $p < 0,01$	$51,6 \pm 8,9$ $p < 0,01$	$41,9 \pm 8,8$ $p < 0,05$
- уменьшение РИС	$6,5 \pm 4,4$ $p > 0,2$	$16,1 \pm 6,5$ -	$19,4 \pm 7,0$ -	$25,8 \pm 7,8$ $p > 0,1$
- увеличение ВК	$45,1 \pm 8,9$ $p < 0,01$	$45,1 \pm 8,9$ $p < 0,01$	$29,0 \pm 8,1$ $p > 0,1$	$26,8 \pm 7,8$ $p > 0,1$

П р и м е ч а н и е. В числителе – до процедуры; в знаменателе – после процедуры.

Т а б л и ц а 12

Влияние процедуры э.п. УВЧ на гемодинамику печени по данным реогепатогграфии у больных вирусными гепатитами А и В

Показатели (n=31)	Аппарат "УВЧ-30"		Аппарат "Экран-2"	
	15 Вт	30 Вт	55 Вт	70 Вт
РИС	$0,64 \pm 0,03$ $0,73 \pm 0,03$ $p < 0,05$	$0,60 \pm 0,03$ $0,75 \pm 0,04$ $p < 0,01$	$0,53 \pm 0,04$ $0,61 \pm 0,03$ $p > 0,2$	$0,58 \pm 0,03$ $0,69 \pm 0,03$ $p < 0,05$
РИД	$0,39 \pm 0,02$ $0,50 \pm 0,03$ $p < 0,05$	$0,41 \pm 0,02$ $0,51 \pm 0,04$ $p < 0,05$	$0,39 \pm 0,03$ $0,43 \pm 0,03$ $p > 0,1$	$0,47 \pm 0,02$ $0,52 \pm 0,03$ $p > 0,1$
ВК	$0,12 \pm 0,01$ $0,15 \pm 0,01$ $p < 0,05$	$0,11 \pm 0,01$ $0,13 \pm 0,01$ $p > 0,1$	$0,12 \pm 0,01$ $0,14 \pm 0,01$ $p > 0,1$	$0,15 \pm 0,01$ $0,17 \pm 0,01$ $p > 0,1$
ВК/ВО	$0,17 \pm 0,01$ $0,24 \pm 0,02$ $p < 0,01$	$0,17 \pm 0,01$ $0,20 \pm 0,01$ $p < 0,05$	$0,18 \pm 0,01$ $0,22 \pm 0,01$ $p < 0,01$	$0,24 \pm 0,01$ $0,26 \pm 0,01$ $p > 0,1$
АЧП	$0,74 \pm 0,03$ $0,82 \pm 0,03$ $p < 0,05$	$0,71 \pm 0,03$ $0,85 \pm 0,05$ $p < 0,06$	$0,62 \pm 0,04$ $0,70 \pm 0,04$ $p > 0,1$	$0,70 \pm 0,04$ $0,76 \pm 0,05$ -

Показатели (n=31)	Аппарат "УВЧ-30"		Аппарат "Экран-2"	
	15 Вт	30 Вт	55 Вт	70 Вт
Характер. РГГ (в %)				
– увеличение РИС	70,9 ± 8,1 p<0,001	58,1 ± 8,8 p<0,01	54,8 ± 8,9 p<0,01	58,1 ± 8,8 p<0,01
– уменьшение РИС	9,6 ± 5,4 –	6,5 ± 4,4 p>0,2	12,9 ± 6,0 –	12,9 ± 6,0 –
– увеличение ВК	48,4 ± 8,9 p<0,01	41,9 ± 8,8 p<0,01	38,7 ± 8,7 p<0,05	29,8 ± 8,1 p>0,1

П р и м е ч а н и е. В числителе – до процедуры; в знаменателе – после процедуры.

Т а б л и ц а 13

Влияние процедур ДМВ на проекцию печени по данным реоэпатографии у больных вирусными гепатитами А и В

Показатели (n=31)	Аппарат "Ромашка"		Аппарат "Волна-2"	
	4–5 Вт	10 Вт	20 Вт	30 Вт
РИС	0,63 ± 0,03	0,61 ± 0,03	0,61 ± 0,04	0,50 ± 0,03
	0,77 ± 0,03	0,75 ± 0,03	0,67 ± 0,04	0,51 ± 0,03
	p<0,01	p<0,01	–	–
РИД	0,41 ± 0,03	0,41 ± 0,02	0,45 ± 0,03	0,38 ± 0,03
	0,53 ± 0,03	0,52 ± 0,03	0,50 ± 0,03	0,40 ± 0,03
	p<0,01	p<0,01	–	–
ВК	0,12 ± 0,01	0,11 ± 0,01	0,13 ± 0,01	0,16 ± 0,01
	0,15 ± 0,01	0,14 ± 0,01	0,16 ± 0,01	0,17 ± 0,01
	p<0,05	p>0,05	p<0,05	–
ВК/ВО	0,19 ± 0,01	0,18 ± 0,01	0,17 ± 0,01	0,23 ± 0,01
	0,23 ± 0,01	0,21 ± 0,01	0,23 ± 0,02	0,26 ± 0,02
	p<0,01	p<0,05	p<0,01	p>0,1
АЧП	0,77 ± 0,33	0,76 ± 0,04	0,64 ± 0,03	0,56 ± 0,03
	0,95 ± 0,04	0,89 ± 0,04	0,68 ± 0,04	0,55 ± 0,03
	p<0,05	p<0,05	–	–
Характер. РГГ (в %)				
– увеличение РИС	74,2 ± 7,8 p<0,001	67,7 ± 8,3 p<0,001	51,6 ± 8,9 p<0,01	35,5 ± 8,5 p<0,05
– уменьшение РИС	6,5 ± 4,4 p>0,2	6,5 ± 4,4 p>0,2	16,1 ± 6,5 –	19,4 ± 7,0 –
– увеличение ВК	45,1 ± 8,9 p<0,01	35,5 ± 8,5 p<0,05	38,7 ± 8,7 p<0,05	32,3 ± 8,3 p<0,05

П р и м е ч а н и е. В числителе – до процедур; в знаменателе – после процедур.

Таблица 14

Сравнительное влияние процедур ПеМП, ИТ, э.п. УВЧ, ДМВ на гемодинамику печени по данным реогапатографии у больных вирусными гепатитами А и В

Показатели (n=31)	ПеМП 1 полож.	ИТ 1 полож.	Э. п. УВЧ 15 Вт	ДМВ 4-5 Вт
РИС	$0,68 \pm 0,03$ $0,79 \pm 0,04$ $p < 0,05$	$0,48 \pm 0,03$ $0,57 \pm 0,03$ $p < 0,05$	$0,64 \pm 0,03$ $0,73 \pm 0,03$ $p < 0,05$	$0,63 \pm 0,03$ $0,77 \pm 0,03$ $p < 0,01$
РИД	$0,43 \pm 0,03$ $0,53 \pm 0,03$ $p < 0,05$	$0,34 \pm 0,02$ $0,40 \pm 0,02$ $p < 0,05$	$0,39 \pm 0,02$ $0,50 \pm 0,03$ $p < 0,01$	$0,41 \pm 0,03$ $0,53 \pm 0,03$ $p < 0,01$
ВК	$0,14 \pm 0,01$ $0,15 \pm 0,01$ $p > 0,1$	$0,14 \pm 0,01$ $0,17 \pm 0,01$ $p < 0,05$	$0,12 \pm 0,01$ $0,15 \pm 0,01$ $p < 0,05$	$0,12 \pm 0,01$ $0,15 \pm 0,01$ $p < 0,05$
ВК/ВО	$0,23 \pm 0,01$ $0,23 \pm 0,01$ -	$0,21 \pm 0,01$ $0,25 \pm 0,01$ $p < 0,01$	$0,17 \pm 0,01$ $0,24 \pm 0,02$ $p < 0,01$	$0,19 \pm 0,01$ $0,23 \pm 0,01$ $p < 0,01$
АЧП	$0,71 \pm 0,04$ $0,78 \pm 0,04$ $p > 0,2$	$0,85 \pm 0,04$ $0,61 \pm 0,03$ $p > 0,2$	$0,74 \pm 0,03$ $0,82 \pm 0,03$ $p < 0,05$	$0,77 \pm 0,03$ $0,95 \pm 0,04$ $p < 0,05$
Характер. РГГ (в %)				
- увеличение РИС	$54,8 \pm 8,9$ $p < 0,01$	$61,3 \pm 8,7$ $p < 0,001$	$70,9 \pm 8,1$ $p < 0,001$	$74,2 \pm 7,8$ $p < 0,001$
- уменьшение РИС	$12,9 \pm 6,0$ -	$6,5 \pm 4,4$ $p > 0,2$	$9,6 \pm 5,4$ -	$6,5 \pm 4,4$ $p > 0,2$
- увеличение ВК	$29,0 \pm 8,1$ $p > 0,1$	$45,1 \pm 8,9$ $p < 0,01$	$48,4 \pm 8,9$ $p < 0,01$	$45,1 \pm 8,9$ $p < 0,01$

П р и м е ч а н и е. В числителе – до процедур, в знаменателе – после процедур.

Влияние процедур ДМВ на проекцию надпочечников по данным
реогепатографии у больных вирусными гепатитами А и В

Показатели (n=31)	Аппарат "Ромашка"		Аппарат "Волна-2"	
	4-5 Вт	10 Вт	20 Вт	30 Вт
РИС	$0,57 \pm 0,03$ $0,75 \pm 0,04$ $p < 0,001$	$0,60 \pm 0,03$ $0,87 \pm 0,05$ $p < 0,001$	$0,50 \pm 0,03$ $0,66 \pm 0,03$ $p < 0,001$	$0,47 \pm 0,03$ $0,53 \pm 0,04$ $p > 0,2$
РИД	$0,44 \pm 0,03$ $0,56 \pm 0,03$ $p < 0,01$	$0,41 \pm 0,03$ $0,58 \pm 0,05$ $p < 0,01$	$0,33 \pm 0,02$ $0,44 \pm 0,03$ $p < 0,01$	$0,35 \pm 0,02$ $0,42 \pm 0,03$ $p > 0,05$
ВК	$0,11 \pm 0,01$ $0,17 \pm 0,01$ $p < 0,001$	$0,12 \pm 0,01$ $0,15 \pm 0,01$ $p > 0,05$	$0,12 \pm 0,01$ $0,14 \pm 0,01$ $p > 0,1$	$0,14 \pm 0,01$ $0,16 \pm 0,01$ $p > 0,1$
ВК/ВО	$0,15 \pm 0,01$ $0,24 \pm 0,02$ $p < 0,001$	$0,16 \pm 0,01$ $0,22 \pm 0,02$ $p < 0,01$	$0,17 \pm 0,01$ $0,21 \pm 0,02$ $p < 0,05$	$0,20 \pm 0,01$ $0,22 \pm 0,01$ $p > 0,1$
АЧП	$0,63 \pm 0,04$ $0,82 \pm 0,05$ $p < 0,01$	$0,67 \pm 0,04$ $0,88 \pm 0,05$ $p < 0,01$	$0,61 \pm 0,05$ $0,73 \pm 0,03$ $p < 0,01$	$0,47 \pm 0,03$ $0,53 \pm 0,04$ $p > 0,2$
Характер. РГГ (в %)				
– увеличение РИС	$77,4 \pm 7,5$ $p < 0,001$	$74,2 \pm 7,8$ $p < 0,001$	$74,2 \pm 7,8$ $p < 0,001$	$51,6 \pm 8,9$ $p < 0,01$
– уменьшение РИС	$6,5 \pm 4,4$ $p > 0,2$	$6,5 \pm 4,4$ $p > 0,2$	$6,5 \pm 4,4$ $p > 0,2$	$12,1 \pm 6,0$ $p > 0,2$
– увеличение ВК	$77,4 \pm 7,5$ $p < 0,005$	$41,9 \pm 8,8$ $p < 0,01$	$32,3 \pm 8,3$ $p < 0,05$	$35,5 \pm 8,5$ $p < 0,05$

П р и м е ч а н и е. В числителе – до процедур; в знаменателе – после процедур.

Влияние процедур на гемодинамику печени по данным
реогепатографии у больных вирусными гепатитами А и В

Показатели (n=31)	Аппарат "Ромашка"/"Ранет"/, мощность 4-5 Вт			
	Плацебо	На проекцию пе- чени	На проекцию надпочечников	На проекцию щитовид. железы
РИС	$0,54 \pm 0,04$	$0,63 \pm 0,03$	$0,57 \pm 0,03$	$0,47 \pm 0,03$
	$0,52 \pm 0,04$	$0,77 \pm 0,03$	$0,75 \pm 0,04$	$0,51 \pm 0,03$
	-	p<0,01	p<0,001	-
РИД	$0,40 \pm 0,03$	$0,41 \pm 0,03$	$0,44 \pm 0,03$	$0,36 \pm 0,02$
	$0,39 \pm 0,03$	$0,53 \pm 0,03$	$0,56 \pm 0,03$	$0,38 \pm 0,02$
	-	p<0,01	p<0,01	-
ВК	$0,12 \pm 0,01$	$0,12 \pm 0,01$	$0,11 \pm 0,01$	$0,16 \pm 0,01$
	$0,13 \pm 0,01$	$0,15 \pm 0,01$	$0,17 \pm 0,01$	$0,17 \pm 0,01$
	-	p<0,05	p<0,001	-
ВК/ВО	$0,16 \pm 0,01$	$0,19 \pm 0,01$	$0,15 \pm 0,01$	$0,23 \pm 0,01$
	$0,17 \pm 0,01$	$0,23 \pm 0,01$	$0,24 \pm 0,02$	$0,25 \pm 0,02$
	-	p<0,01	p<0,001	-
АЧП	$0,59 \pm 0,04$	$0,77 \pm 0,03$	$0,63 \pm 0,04$	$0,47 \pm 0,03$
	$0,55 \pm 0,04$	$0,35 \pm 0,04$	$0,82 \pm 0,05$	$0,50 \pm 0,03$
	-	p<0,05	p<0,01	-
Характер. РГГ (в %)				
- увеличение РИС	$16,1 \pm 6,5$	$74,2 \pm 7,5$	$77,4 \pm 7,9$	$45,1 \pm 8,9$
		p<0,001	p<0,001	p<0,01
- уменьшение РИС	$16,1 \pm 6,5$	$6,5 \pm 4,4$	$6,5 \pm 4,4$	$19,4 \pm 7,0$
		p>0,2	p>0,2	-
- увеличение ВК	$12,9 \pm 6,0$	$45,1 \pm 8,9$	$77,4 \pm 7,5$	$32,3 \pm 8,3$
		p<0,01	p<0,001	p<0,05

П р и м е ч а н и е. В числителе – до процедур; в знаменателе – после процедур.

Таблица 17

Влияние курсов ДМВ на функциональное состояние
гипофизарно-тиреоидной системы

Показатели (n=21-24)	T3	T4	T3/T4	ТТГ
	(в нмоль/л)	(в нмоль/л)	(x10)	(в МИ/по)
Здоровые Плацебо	1,9 ± 0,21	97 ± 7,2	0,2 ± 0,03	2,0 ± 0,31
	1,4 ± 0,11	111 ± 8,8	0,3 ± 0,05	1,5 ± 0,19
	1,5 ± 0,13	97 ± 8,3	0,4 ± 0,05	1,7 ± 0,16
ДМВ П	–	p>0,2	p>0,2	p>0,2
	1,3 ± 0,06	104 ± 8,3	0,4 ± 0,05	1,8 ± 0,11
	1,1 ± 0,07	112 ± 7,7	0,2 ± 0,04	1,6 ± 0,13
ДМВ Щ	p>0,05	–	p<0,01	p>0,2
	1,1 ± 0,08	93 ± 9,2	0,3 ± 0,07	2,1 ± 0,22
	1,7 ± 0,14	103 ± 8,7	0,6 ± 0,12	1,7 ± 0,18
ДМВ Н	p<0,05	–	p<0,05	p>0,1
	1,2 ± 0,07	118 ± 8,9	0,2 ± 0,05	1,4 ± 0,14
	1,5 ± 0,03	87 ± 7,3	0,7 ± 0,13	1,5 ± 0,15
ДМВ Н+Щ	p<0,01	p<0,01	p<0,01	–
	1,7 ± 0,14	121 ± 8,6	0,1 ± 0,04	2,3 ± 0,21
	2,1 ± 0,14	120 ± 8,7	0,2 ± 0,05	1,7 ± 0,17
ДМВ НЩ	p<0,01	–	p>0,1	p<0,05
	2,3 ± 0,17	169 ± 8,8	0,1 ± 0,04	1,0 ± 0,08
	2,9 ± 0,14	127 ± 6,3	0,3 ± 0,05	1,4 ± 0,13
	p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,01

П р и м е ч а н и е. В числителе – до лечения; в знаменателе – после лечения.

Таблица 18

Влияние курсов ДМВ на функциональное состояние
гипофизарно-надпочечниковой системы

Показатели (n=21-24)	Кортизол (в нмоль/л)		АКТГ (в пг/мл)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Плацебо	846 ± 65	684 ± 42	39 ± 15,1	34 ± 8,1
ДМВ П	708 ± 41	p<0,05	40 ± 13,6	–
		p>0,1		53 ± 11,8
ДМВ Щ	680 ± 31	p>0,1	43 ± 19,2	–
		p>0,1		57 ± 16,5

Продолжение табл. 18

Показатели (n=21-24)	Кортизол (в нмоль/л)		АКТГ (в пг/мл)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ДМВ Н	704 ± 52	778 ± 41 p>0,1	62 ± 28,2	27 ± 6,6 p>0,05
ДМВ Н+Щ	777 ± 64	666 ± 47 p<0,05	35 ± 11,2	46 ± 15,4 p>0,3
ДМВ НЩ	633 ± 47	623 ± 35 p>0,1	39 ± 14,7	56 ± 15,3 p>0,2
Здоровые	708 ± 68		49 ± 8,1	

П р и м е ч а н и е. П – воздействие на проекцию печени; Щ – воздействие на проекцию щитовидной железы; Н – на проекцию надпочечников; Н+Щ – последовательное воздействие курса на проекцию надпочечников, а затем на проекцию щитовидной железы; НЩ – чередование через день воздействия на проекцию надпочечников или щитовидной железы.

Т а б л и ц а 19

Влияние курсов ДМВ на функциональное состояние
гипофизарно-тиреоидной системы

Показатели (n=21-24)	Увелич. уровня	Уменьш. уровня	Увелич. уровня	Увелич. уровня
	ТЗ (в %)	Т4 (в %)	ТЗ/Т4 (в %)	ТТГ (в %)
Плацебо	56,5	69,6	36,4	39,1
ДМВ П	28,6	47,6	19,0	30,0
ДМВ Щ	75,0*	54,2	66,7*	35,0
ДМВ Н	62,5*	70,8*	62,5*	33,3
ДМВ Н+Щ	61,9*	52,4	52,4	38,1
ДМВ НЩ	61,9*	72,7*	66,7*	71,4*

П р и м е ч а н и е: * – средний показатель ($M \pm m$) изменился достоверно.

Т а б л и ц а 20

Влияние курсов ДМВ как функциональное состояние
гипофизарно-надпочечниковой системы

Показатели (n=21-24)	Уменьшение уровня кортизола (в %)	Уменьшение уровня АКТГ (в %)
Плацебо	55,0*	52,4
ДМВ П	52,4	47,6
ДМВ Щ	58,3	30,5
ДМВ Н	55,0	66,7
ДМВ Н+Щ	57,1*	52,3
ДМВ НЩ	34,8	29,5

П р и м е ч а н и е: * – средний показатель ($M \pm m$) изменился достоверно.

Таблица 21

Типы ВГ, включенных в группы исследования (n = 323)

Типы ВГ	Маркеры ВГ	Удельный вес ВГ
A	анти-НАУ-ИгМ	9,2%
A /B/	анти-НАУ-ИгМ	44,1%
A+B/B+A/	анти-HBs	15,5%
	анти-HBc-компл.	
	анти-НАУ-ИгМ	
	HBs-Ar	
	HBe-Ar	
	анти-HBc-ИгМ	
	анти-HBe	
B	HBs-Ar	31,2%
	HBe-Ar	
	анти-HBc-ИгМ	
	анти-HBc-компл.	
	анти-HBe	

Таблица 22

Соотношение прогностически важных маркеров ВГ перед выпиской из стационара после лечения по предлагаемому и известному способам лечения

Маркеры ВГВ	Предлагаемый способ лечения	Известный способ (прототип)	Контрольная группа
HBe-Ar	Нет	4,1%	3,2%
HBs-Ar	26,5%	38,6%	39,2%

Таблица 23

Сравнительная эффективность достижения цели изобретения по предлагаемому и известному способам (см. также табл.3)

Показатели формулы изобретения	Предлагаемый способ (n=102)/ (n=107)	Известный способ (прототип) n=114	Контрольная группа (n=107)
1. Улучшение течения желтушной фазы:			
затяжное течение	1,9%	6,1%	10,3%
волнообразные биохимические обостр.	1,9%	7,8%	6,5%
темпы уменьшения гипербилирубинемии, мкмоль/сут	3,8-7,5	3,0-4,3	2,4-5,4

Продолжение табл. 23

Показатели формулы изобретения	Предлагаемый способ (n=102)/ (n=107)	Известный способ (прототип) n=114	Контрольная группа (n=107)
длительность периода гипербилирубинемии, дней	16–31	23–48	23–47
астено-вегетативные явления к концу желтушной фазы	2,9%	7,0%	9,4%
нормализация уровня АЛТ к выписке	54,2%	42,8%	31,8%
2. Неблагоприятные последствия в послежелтушном периоде			
хронический гепатит	1,9%	4,5%	4,5%
болезни др. органов пищеварения	14,7%	22,8%	35,4%
астено-вегетативный синдром	9,8%	19,2%	26,5%
артралгический синдром	7,8%	13,2%	15,8%
повторное заболевание ВГ	0,9%	1,8%	2,8%