

5. Саенко В.Ф., Грубник В.В., Грубник Ю.В., Четвериков С.Г. Современные методы лечения язвенной болезни. – К.: Здоров'я, 2002. – 272с.
6. Секачева М.И. Антисекреторные препараты в лечении неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта з точки зрения доказательной медицины // Consilium Medicum. – 2004. – Т.6, №6. – 6с.
7. Федоров Е.Д., Михайлев А.И., Орлов С.Ю., Тимофеев М.Е., Ченякевич П.Л., Плахов Р.В. Эндоскопическая диагностика и остановка острых гастродуоденальных кровотечений и прогнозирование риска их рецидива // РЖГГК. – 2002. – №1. – С.9-18.
8. Чернобровый В.Н. Клиническое применение индикатора кислотности желудка / Методические рекомендации. – Винница. – 1991. – 19с.
9. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 376с.
10. Aabakken L. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // Endoscopy. – 2001. – Vol.33, №1. – P.16-23.
11. Gilbert D.A., Silverstein F.E. Acute upper gastrointestinal bleeding // Gastroenterologic Endoscopy / Ed. by M.V. Sivak. – 2nd ed. – W.B. Saunders company. – 2000. – Vol.1. – P.284-299.
12. Marek T.A. Gastrointestinal bleeding // Endoscopy. – 2007. – Vol.39. – P.998-1004.

SUMMARY

CLINICAL AND ENDOSCOPIC CHARACTERISTIC AND GASTRIC ACIDITY IN PATIENTS WITH DUODENAL ULCER BLEEDING

Lemko I.I.

The peculiarities of stomach and duodenum endoscopic characteristics depending on bleeding's activity were investigated. The pH parameters of stomach depending on bleeding activity and duration of peptic ulcer were analyzed also.

Key words: duodenal ulcer bleeding, endoscopic characteristics, gastric acidity

УДК:616.248-071/012-059-085/31/322:458.835:551.584.6

ЗАСТОСУВАННЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Лемко І.С., Александрович Т.А., Копинець І.І., Головацький Т.А.

Науково-практичне об'єднання "Реабілітація" МОЗ України, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: в роботі доведена висока ефективність нових немедикаментозних технологій у лікуванні хворих на бронхіальну астму.

Ключові слова: бронхіальна астма, нові немедикаментозні технології, бронхіальна обструкція, легенева вентиляція

Вступ. Бронхіальна астма (БА) – це хронічне захворювання, основою якого є запальний процес у дихальних шляхах, в якому беруть участь різноманітні клітинні елементи, особливо тучні клітини та еозинофіли. Цей процес внаслідок посилення реакції дихальних шляхів на різні подразники викликає симптоми, які обумовлені бронхіальною обструкцією [1].

Провідним патофізіологічним синдромом при БА є порушення бронхіальної прохідності. Незалежно від патофізіологічних причин обструкції відбувається зменшення діаметра бронхів і бронхіол. До бронхіальної обструкції призводять запальні та алергічні зміни слизової оболонки бронхіального дерева, які викликають спазм гладенької мускулатури бронхів, набряк слизової, гіперсекрецію, закриття слизом і мокротинням просвіту бронхів. Однак механізм формування кожного компонента бронхіальної обструкції різний, що диктує необхідність диференційованого підходу до лікування [2].

Диференційоване використання високодисперсних аерозольних середовищ кам'яної солі у хворих на БА в залежності від функціонального стану і реактивності бронхо-легеневої системи дає можливість визначити принципи підходи до розроб-

ки нових немедикаментозних лікувальних технологій і оцінки їх ефективності, що дозволить розробити модель для контролю і управління лікувальним процесом із його оптимізацією і динамічною корекцією інтенсивності та тривалості лікувальних процедур [3, 4].

Мета дослідження: розробити нові немедикаментозні технології відновлювального лікування на різних етапах реабілітації хворих на БА з використанням високодисперсних аерозольних середовищ кам'яної солі та фітоелектроаерозоллю в залежності від клініко-функціональних особливостей бронхо-легеневої системи.

Матеріали та методи. Нами були проведені комплексні клінічні та клініко-функціональні обстеження у 37 хворих на БА до та після галоаерозольтерапії (ГАТ) в камерах штучного мікроклімату НПО "Реабілітація".

Переважали пацієнти із персистуючою формою БА у фазі неповної ремісії (84%).

При оцінці клінічного перебігу захворювання враховувались дані скарг, анамнезу та об'єктивного обстеження. Головними клінічними критеріями були напади ядухи, їх важкість і частота, вираженість задишки.

Вивчення функції зовнішнього дихання (ФЗД) проводили на мікропроцесорній системі “Пульмо-вент-2” (Україна). Визначались: форсована життє-ва ємність легень (ФЖЄЛ), об’єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁), пікова об’ємна швидкість видиху (ПОШ_{вид}), максимальна об’ємна швидкість у точці 25% петлі ФЖЄЛ (МОШ₂₅), максимальна об’ємна швидкість у точці 50% петлі ФЖЄЛ (МОШ₅₀), максимальна об’ємна швидкість у точці 75% петлі ФЖЄЛ (МОШ₇₅). Оцінка показників проводилась за Knudsen та Morris (1978).

Ефективність лікування хворих на БА запропонованими лікувальними комплексами встановлювалася з урахуванням динаміки клінічних проявів захворювання (напади задухи, затруднене дихання, задишка при фізичному навантаженні, об’єм бронхолітичної терапії тощо), та динаміки показників функціонального стану бронхолегеневої системи (показники ФЗД).

Результати всіх клінічних та клініко-функціональних досліджень обробляли методами варіаційної статистики, розраховували середні величини (M) та їх помилки (m), середньо квадратичне відхилення (σ), критерій достовірності різ-

ниці, який визначали з допомогою таблиць Фішера-Стьюдента. Зміни вважали достовірними при $p < 0,05$.

Для лікування хворих на БА застосовували високодисперсний аерозоль кам’яної солі, дисперсність якого контролюється за допомогою лазерно-оптичної системи. Оригінальна схема такого вимірювача дозволяє контролювати динаміку дисперсності та співвідношення між кількістю частинок різної величини на будь-якому відрізку технологічного циклу ГАТ.

Високодисперсний фітоелектроаерозоль у “Кліматооздоровчій камері” створювався за допомогою групового генератора електроаерозолей “Літаюча тарілка” за методикою Александрович Т.А. шляхом розпилення 12-компонентного фіто-екстракту в біологічно-активних концентраціях.

Курс ЛФК включав у себе комплекс вправ для хворих із патологією бронхолегеневої системи в нашій модифікації з елементами дихальної гімнастики.

Для лікування хворих на БА нами запропоновано 3 лікувальні комплекси (ЛК) (таблиця 1).

Таблиця 1

Характеристика лікувальних комплексів

ЛК	Кількість хворих	Тривалість курсу лікування (дні)	Кількість сеансів ГАТ	Кількість сеансів електрофіто-аерозолі	Кількість сеансів ЛФК
ЛК-1	12	22-24	21-22	0	0
ЛК-2	12	22-24	21-22	19-20	0
ЛК-3	13	22-24	21-22	0	15-16

Частина хворих (28%) отримували необхідну підтримуючу бронхолітичну і десенсибілізуючу терапію.

Результати дослідження та їх обговорення. Під наглядом знаходилось 37 хворих на персистуючу форму БА середньої важкості у фазі ремісії або ж неповної ремісії.

Для більш достовірного порівняння ефективності запропонованих ЛК нами були застосовані певні критерії відбору хворих на лікування за показниками вентиляційної здатності легень та бронхіальної прохідності для рандомізації груп за вихідним рівнем показників ФЗД.

Використані наступні критерії відбору: ФЖЄЛ в межах 70%-90% та ОФВ₁ в межах 60-70% від належних величин, що відповідає помірним порушенням вентиляції легень.

Клінічна картина при поступленні на лікування відповідала формі і важкості перебігу захворювання. В усіх 3-х групах більше 70% хворих при поступленні скаржились на напади ядухи, причому у 25%-38% ці напади були середньої важкості. Ще більше хворих скаржились на задишку при фізичному навантаженні – від 82% до 92% в залежності від запропонованого ЛК.

Аналіз кількості та інтенсивності нападів ядухи, основних клінічних симптомів та об’єктивної аускультативної картини у хворих на БА при поступленні у всіх 3-х групах підтверджує, що відбір на лікування за наведеними вище критеріями був правильним.

За допомогою функціональних досліджень, які проводились у всіх 37 хворих на БА, виявлено різноманітний спектр порушень бронхіальної прохідності та легеневої вентиляції.

Так, у всіх групах хворих пролікованих за різними ЛК, спостерігається зниження еластичності легеневої паренхіми (ФЖЄЛ коливалась від 79,0±2,6% для хворих у групі ЛК-1 до 81,2±2,9% у групі ЛК-2). В усіх трьох групах спостерігалась помірна, але генералізована обструкція бронхіального дерева з переважними порушеннями прохідності в дистальних відділах. Так ОФВ₁ коливався від 63,6±2,6%, в групі ЛК-2, до 67,4±2,5% для групи хворих пролікованих ЛК-1. Зниження інтегральних показників ФЗД супроводжувалось зниженням і швидкісних показників бронхіальної прохідності, особливо на рівні мілких дистальних бронхів – МОШ₇₅, яка коливалась від 43,0±2,5% для хворих групи ЛК-3 до 47,7±2,8% для групи хворих, пролікованих ЛК-1 (таблиця 2).

Показники ФЗД у хворих на БА при поступленні на лікування, $M \pm m$ в %

ЛК.	n	ФЖЄЛ	ОФВ ₁	ПОШ вид.	МОШ ₂₅	МОШ ₅₀	МОШ ₇₅
ЛК-1	12	79,0 \pm 2,6	67,4 \pm 2,5	90,2 \pm 3,5	87,2 \pm 3,2	64,1 \pm 3,2	47,7 \pm 2,8
ЛК-2	12	81,2 \pm 2,9	63,6 \pm 2,6	94,7 \pm 3,6	82,2 \pm 3,8	65,4 \pm 2,9	46,4 \pm 2,9
ЛК-3	13	80,5 \pm 2,3	64,0 \pm 2,5	88,3 \pm 3,7	81,4 \pm 3,0	66,1 \pm 2,7	43,0 \pm 2,5

Проведений аналіз клінічної картини, стану бронхіальної прохідності, використання фармакопрепаратів у динаміці лікування в обстежених хворих показав відповідність їх сучасним уявленням про форму, перебіг і фазу основного захворювання.

У групі хворих на БА після проведеного лікування високодисперсним аерозолем кам'яної солі (ЛК-1) спостерігалось покращення клінічного стану хворих, що проявилось ліквідацією усіх середньо-важких нападів ядухи і зменшенням до 8% легких нападів, відсутністю задишки при фізичному навантаженні у 75% випадків.

Під впливом ЛК-2, який включав лікування високодисперсним фітоелектроаерозолем у поєднанні з високодисперсним аерозолем кам'яної солі, також відбулись позитивні зміни клінічних проявів БА. Ефект лікування був дещо вищим, ніж при використанні ЛК-1. У хворих спостерігалось зникнення нападів ядухи та зменшення задишки при фізичному навантаженні у 86% випадків.

При порівнянні результатів лікування у хворих на БА по ЛК-3 з використанням розробленого нами комплексу ЛФК і дихальної гімнастики в поєднанні з високодисперсним аерозолем кам'яної солі з результатами попередніх лікувальних комплексів можемо відзначити, що в цій групі спостерігалась не менш виражена позитивна динаміка клінічних симптомів, ніж в групі хворих пролікованих ЛК-2 та ЛК-1. Процент зникнення нападів ядухи дорівнював 92%, задишка при фізичному навантаженні була відсутня у 77% пацієнтів.

При використанні всіх лікувальних комплексів спостерігалось також зниження прийому бронхолітичних та протизапальних препаратів у хворих всіх груп.

Аналіз змін клінічних показників та зменшення об'єму використання медикаментів у хворих на БА показав, що в процесі лікування за допомогою лікувальних комплексів ЛК-1, ЛК-2 та ЛК-3 відбувається стимуляція функції в'язкого епітелію бронхів з відновленням дренажної функції бронхів, що підтверджується зникненням сухого нападоподібного кашлю або ж трансформацією його у вологий з легким відходженням невеликої кількості харкотиння.

Крім аналізу динаміки клінічних симптомів проводили також аналіз динаміки показників бронхіальної прохідності і легеневої вентиляції.

При використанні традиційного методу лікування за ЛК-1 спостерігалась певна позитивна динаміка легеневої вентиляції та бронхіальної прохідності, приріст показників ФЗД становив 4-23%. Так, можемо відзначити достовірне покращення еластичності легеневої паренхіми – приріст ФЖЄЛ становив 16% і в кінці лікування дорівнював 97,0 \pm 4,2% ($p < 0,05$). Покращення бронхіальної прохідності підтверджується достовірним ростом інтегрального показника ОФВ₁ на 22,8%, який в кінці курсу лікування складав 90,2 \pm 3,5% ($p < 0,05$). При аналізі швидкісних показників бронхіальної прохідності спостерігається достовірний приріст ПОШ_{вид} і МОШ₂₅ на 22,9 і 23% – в кінці курсу лікування показники дорівнювали відповідно 113,1 \pm 3,1% і 106,2 \pm 3,1% ($p < 0,05$). В той же час показники ФЗД, які характеризують прохідність в середніх за калібром бронхах і в дистальних відділах бронхіального дерева, вирости недостовірно, що свідчить про недостатню ефективність традиційного методу (ЛК-1) у хворих на БА з дистальною обструкцією (таблиця 3).

При використанні ЛК-2 з застосуванням фітоелектроерозольтерапії в поєднанні з ГАТ також спостерігалась певна позитивна динаміка легеневої вентиляції та бронхіальної прохідності, приріст показників ФЗД у цій групі коливався від 3,8% до 22,7%. Слід відмітити достовірне покращення еластичності легеневої паренхіми – приріст ФЖЄЛ склав 13,7% і в кінці лікування дорівнював 94,9 \pm 3,0% ($p < 0,05$). Покращення бронхіальної прохідності підтверджується достовірним приростом інтегрального показника ОФВ₁ на 17,9%, який в кінці курсу лікування склав 91,5 \pm 2,9% ($p < 0,05$). Аналіз швидкісних показників бронхіальної прохідності показав, що на відміну від ЛК-1 зафіксований достовірний приріст ПОШ_{вид} і МОШ₇₅ – на 22,9 і 22,7% відповідно. В кінці курсу лікування ці показники дорівнювали 117,4 \pm 3,7% і 56,7 \pm 2,9% відповідно ($p < 0,05$). Достовірний приріст МОШ₇₅, який характеризує прохідність у дистальних бронхах вказує на необхідність використання ЛК-2 у хворих на БА з дистальною обструкцією. В той же час показники ФЗД, які характеризують прохідність в проксимальних відділах і в середніх за калібром бронхах вирости недостовірно, що свідчить про недостатню ефективність ЛК-2 у хворих на БА з помірними порушеннями вентиляції і з проксимальною обструкцією (таблиця 3).

Динаміка показників ФЗД під впливом ГАТ та ЛФК ($M \pm m$) в %

ЛК	п	ФЖЄЛ		ОФВ ₁		ПОШ вид.		МОШ ₂₅		МОШ ₅₀		МОШ ₇₅	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
ЛК-1	1	79,0	97,0*	67,4	90,2±*	90,2	113,1*	87,2	106,2*	64,1	71,0	47,7	52,1
	2	±2,6	±4,2	±2,5	3,5	±3,5	±3,1	±3,2	±3,1	±3,2	±3,9	±2,8	±3,3
ЛК-2	1	81,2	94,9*	63,6	91,5*	94,7	117,4*	82,2	90,9	65,4	69,2	46,4	56,7*
	2	±2,9	±3,0	±2,6	±2,9	±3,6	±3,7	±3,8	±4,5	±2,9	±3,1	±2,9	±2,9
ЛК-3	1	80,5	104,1*	64,0	91,9*	88,3	113,3*	81,4	98,4*	66,1	70,9	43,0	55,0*
	3	±2,3	±3,2	±2,5	±3,8	±3,7	±3,3	±3,0	±3,2	±2,7	±3,2	±2,5	±2,6

Примітка: * – $p < 0,05$

При використанні ЛК-3 з призначенням ГАТ та комплексу ЛФК також спостерігалась певна позитивна динаміка легеневої вентиляції та бронхіальної прохідності, приріст показників ФЗД у цій групі коливався від 4,8% до 27,9%.

Так, слід відзначити достовірне покращення показника, що характеризує еластичність легеневої паренхіми – приріст ФЖЄЛ склав 23,6% і в кінці лікування склав 104,1±3,2% ($p < 0,05$), причому, на відміну від попередніх груп, цей приріст був найвищим, що дозволяє нам рекомендувати ЛК-3 хворим на БА із порушеною легеневою вентиляцією. Покращення бронхіальної прохідності підтверджується достовірним приростом інтегрального показника ОФВ₁ на 27,9%, який в кінці курсу лікування склав 91,9±3,8% ($p < 0,05$). При аналізі швидкісних показників бронхіальної прохідності на відміну від попередніх груп, встановлено достовірний приріст ПОШ_{вид.}, МОШ₂₅ і МОШ₇₅ на 25,1%, 17,0% і 12% відповідно, а в кінці курсу лікування показники дорівнювали 113,3±3,3%, 98,4±3,2% і 55,0±2,6% ($p < 0,05$). Достовірний приріст МОШ₇₅, який характеризує прохідність у дистальних бронхах дозволяє використовувати ЛК-3 у хворих на БА з дистальною обструкцією, а достовірний приріст МОШ₂₅ вказує на можливість використання його у хворих з проксимальною, а також поєднаною обструкцією.

Порівняльний аналіз результатів лікування хворих на БА різними лікувальними комплексами свідчить про те, що всі ЛК достатньо ефективні. Так, достовірний ріст інтегральних показників ФЗД спостерігається незалежно від застосованого ЛК. Проте необхідно відзначити, що найбільший ріст ФЖЄЛ спостерігався при застосуванні ЛК-3,

тобто при зниженні еластичності легеневої паренхіми найефективнішим є призначення ЛК-3.

Деякі іншими були отримані нами результати, якщо проводити порівняльний аналіз швидкісних показників бронхіальної прохідності. Так, при проксимальній обструкції доцільним є призначення ЛК-1 або ЛК-3, в той же час при дистальній обструкції ЛК-1 є недостатньо ефективним. При дистальній обструкції найбільш ефективними виявились ЛК-2 і ЛК-3. При поєднаній обструкції, тобто при обструкції як проксимальних, так і дистальних відділів, доцільно призначати ЛК-2. В той же час, жоден із запропонованих ЛК не приводить до достовірного покращення прохідності в середніх за калібром бронхах, що вказує на необхідність дальших розробок і пошуку нових лікувальних технологій та методів реабілітації хворих на БА.

Висновки:

1. Доведена висока ефективність використання ГАТ самостійно або в поєднанні з фітоелектроаерозолем та ЛФК.

2. Нові лікувальні технології позитивно впливають на деякі патофізіологічні механізми бронхіальної обструкції у хворих на БА, що підтверджується покращенням вентиляції легень з нормалізацією бронхіальної прохідності.

3. Розроблені лікувальні комплекси впливають на різні ділянки бронхіального дерева, причому ЛК-1 ефективніший при проксимальній обструкції, ЛК-2 при дистальній, а ЛК-3 – при поєднаній обструкції бронхів.

4. Комплексне диференційоване використання запропонованих лікувальних комплексів розширює показання для лікування і реабілітації хворих на персистуючу БА у фазі ремісії або неповної ремісії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под. ред. Чучалина А.Г. – М.: Атмосфера, 2002. – 160 с.
2. Лечебные эффекты сухого аэрозоля хлорида натрия у больных бронхиальной астмой // Вопр. курортол.- 1999.- № 4. – С.8-12.

3. Страшнова О.В., Червинская А.В., Сосова Л.С. Изучение некоторых механизмов действия галотерапии // Пульмонология. – 1995.- Прил.: 5-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания / Под ред. А.Г.Чучалина. – Тез. 607.
4. Шеина Л.Н., Лизунова Н.И., Касимцева Е.В. и др. Галотерапия в реабилитации больных хроническими заболеваниями органов дыхания // Кремлев. мед. клин. вестн. – 1999. – № 3. – С. 12-15.

SUMMARY

THE APPLICATION OF NOT MEDICATIONAL TECHNOLOGIES OF BRONCHIAL ASTHMA PATIENTS TREATMENT

Lemko I.S., Alexandrovych T.A., Kopinetz I.I., Holovatsky T.A.

The high effectiveness of new medicational technologies of bronchial asthma patients treatment is proved in the given article.

Key words: bronchial asthma, new not medicational technologies, bronchial obstruction, lungs ventilation

УДК 616.127-002-07

КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ МАРКЕРИ ОЦІНКИ ПЕРЕБІГУ МІОКАРДИТУ

Лінчевська С.О., Рішко М.В., Плиска О.П., Доценко М.І., Фущич В.Ю., Чендей Т.В., Демко Н.М.

Ужгородський національний університет, кафедра госпітальної терапії, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: на підставі обстеження 45 пацієнтів із міокардитом, охарактеризовано клініко-інструментальні та лабораторні маркери оцінки перебігу ГМ та ХМ. Встановлено вірогідні відмінності гемодинаміки при важкому перебігу захворювання, зміни у лабораторних показниках при гострому перебігу захворювання, а також високу інформативність ДМ ЕКГ для виявлення порушень ритму і провідності у цієї категорії хворих.

Ключові слова: міокардит, діагностика

Вступ. Міокардити – це ураження серцевого м'язу переважно запального характеру, що зумовлені безпосередньою дією низки чинників або опосередковані імунними механізмами [2]. Термін „міокардит” був запропонований у 1837 р. Sobernheim, котрий вважав основною ознакою цього захворювання інфекційний чинник, запалення міокарда та гострі судинні порушення.

Розповсюдженість міокардиту за даними автопсій померлих від випадкових травм складає 1-3% [4]. Частота прижиттєвої діагностики міокардиту за даними клінічного та рутинного інструментального обстеження коливається у досить широких межах – від 0,02 до 40%. Це пояснюється різними контингентами хворих та підходами до діагностики міокардиту [1]. Найбільш інформативними слід вважати показники, що базуються на використанні стандартизованих, т.зв. далаських, критеріїв біопсійної діагностики міокардитів, згідно з якими частота міокардиту коливається від 4 до 25% [1]. У багатоцентровому дослідженні ефективності лікування міокардиту [5] це захворювання було виявлене у 9,4% серед 2224 хворих, яким була виконана ендоміокардіальна біопсія для верифікації причини ураження міокарда. Враховуючи значну кількість безсимптомних форм, справжня поширеність міокардиту, очевидно, є ще більшою.

Міокардит можуть спричиняти практично всі відомі інфекції. Проте найчастішою причиною захворювання є віруси, серед яких найбільшу питому вагу займають ентеровіруси, передовсім віруси Коксакі групи В. Частота міокардитів, що зумовлені вірусом Коксакі В, складає 39-78% се-

ред усіх обстежених хворих [3]. Вірус грипу є причиною міокардиту в 27,5% випадків. Виключивши неінфекційні та специфічні інфекційні причини міокардиту, з великим ступенем імовірності можна припустити його вірусну етіологію, зважаючи на значну розповсюдженість вірусної інфекції та недосконалість існуючих методів її виявлення.

Мета дослідження. Провести аналіз клініко-анамнестичних характеристик, даних інструментальних (ЕКГ, ЕхоКС, добове моніторування [ДМ] ЕКГ) та лабораторних досліджень у хворих на міокардит.

Матеріали та методи. Обстежено 45 хворих на міокардит, що були госпіталізовані в відділення загальної кардіології Закарпатського обласного кардіологічного диспансеру в 2005 році. Відомо, що діагностика міокардиту може бути ускладненою через неспецифічність його симптоматики. Відтак при постановці діагнозу брали до уваги наступне:

- вказівки в анамнезі на зв'язок захворювання з передуючими епізодами респіраторно-вірусних та бактеріальних інфекцій, гарячки нез'ясованого генезу, алергією, контактом з токсичними речовинами;
- наявність вогнищ хронічної інфекції, зокрема носоглоткової;
- попередні алергічні захворювання;
- розвиток кардіальних симптомів переважно у осіб молодого та середнього віку;
- скарги, що притаманні для захворювань серця (задишка, серцебиття, відчуття перебоїв у роботі серця, болі в ділянці серця);