

Գ. Ա. ԳՈՒԴԲԵՐԳ, Մ. Ն. ԲԱՐԱՆՈՎԱ

ՍՏԵՆՈԿԱՐԴԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ՊՐՈՊՐԱՆՈԼԻ ԵՎ ՓՈՔՐ
ԴՈՋԱՆԵՐՈՎ ԷՐԻՆԻՏԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԴՐՈՒՄԸ
ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԾԱՆՐԱՔԵՌՆՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՀԱՆԴԵՊ
ՏՈԼԵՐԱՆՑՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏ ԵՎ ԹԹՎԱԾՆԻ ԿՂԱՆՈՒՄԸ
ԱՅԴ ԸՆԹԱՅՔՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Պրոպրանոլոլի և փոքր զոզաներով էրինիտի ազդեցության և ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության հանդեպ տոլերանտության համադրման ժամանակ ապացուցված է առավել որոշակի բարելավում պրոպրանոլոլի ընդունման ժամանակ:

G. A. GOLDBERG, M. N. BARANOVA

COMPARISON OF PROPRANOLOL WITH SMALL DOSES OF
PENTAERYTHRITOL TETRANITRATE INFLUENCE ON TOLERANCE
TO PHYSICAL LOAD AND OXYGEN CONSUMPTION IN
STENOCARDIA

S u m m a r y

More distinct improvement is established in taking propranolol comparing the influence of propranolol and small doses of pentaerythritol tetranitrate on tolerance to physical load.

УДК 616.12—008.331.1—08.835.3

А. Г. ВОСКАНЯН

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ С КИСЛОРОДНЫМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СРЕДНЕГОРЬЕ

Благодаря топографическим особенностям и богатой растительности климат курорта Дилижан отличается мягкостью и постоянством метеорологических данных. Учитывая это, мы задались целью изучить течение гипертонической болезни при комплексном санаторно-курортном лечении.

Наши наблюдения проводились в санатории «Горная Армения», расположенном на высоте 1611 м над ур. м. Под нашим наблюдением находился 61 больной (37 женщин и 24 мужчины) гипертонической болезнью I и II стадии фазы «А». Из них в возрасте от 30 до 45 лет было 3, от 46 до 60 лет—27 и от 61 и старше—31 больной.

Артериальное давление измеряли аускультативным методом по Короткову. В среднем артериальное давление до лечения было 160/95 мм рт. ст. Максимальное артериальное давление до 160 мм рт. ст. было отмечено у 36 больных, от 160 до 190 мм рт. ст.—у 22, 190 мм рт. ст. и выше—у 3. Минимальное артериальное давление до 95 мм рт. ст. было у 40 больных, выше—у 21.

Курс лечения длился 26 дней. Эффективность санаторно-курортного лечения во многом зависит от рационального построения санаторного распорядка, основной частью которого является двигательный режим. Активный отдых, влияя на нервно-мышечный аппарат и систему кровообращения, является эффективным методом восстановления

функциональной способности организма, расширяет его возможности. Поэтому в зависимости от состояния и функциональной возможности организма, мы широко назначали те или иные виды лечебной физкультуры с допустимо возрастающей нагрузкой.

Гипертоническую болезнь в свете современных представлений рассматривают как общий сосудистый невроз, развивающийся в результате нарушений кортико-висцеральных соотношений и возникновения застойных очагов возбуждения в области вазомоторных центров.

При гипертонической болезни, как правило, развивается кислородная недостаточность различной степени. В связи с этим кислородная терапия, показанная во всех стадиях болезни, наиболее эффективна в начальных стадиях, когда под ее влиянием не только улучшается самочувствие и увеличивается содержание кислорода в крови, но и снижается артериальное давление. Все больные получали кислородное лечение, причем I группа—кислородные ванны, II—ингаляции кислорода и III—и ванны, и ингаляции.

У всех больных производилась регистрация электрокардиограммы в 12 стандартных отведениях одноканальным аппаратом («Кардиостат»—ФРГ). Основные патологические изменения ЭКГ заключались в гипертрофии миокарда левого желудочка, в диффузных изменениях миокарда желудочков и предсердий, в нарушениях коронарного кровообращения.

Независимо от субъективных ощущений на 3—5-й день акклиматизации у многих отмечалось ухудшение функционального состояния миокарда, увеличение артериального давления, учащение пульса и дыхания. Однако после 8—10-й ванны у группы, получающей кислородные ванны, и первых ингаляций у группы, получающей кислородные ингаляции, наблюдалось снижение артериального давления и улучшение общего состояния.

В результате комплексного лечения из 61 больного 37 выписались со значительным улучшением, 22—с улучшением и 2—без изменения.

Снижение артериального давления зависело от исходного уровня, степени и продолжительности болезни, возраста и пола. Так, при исходном давлении (до 160 мм рт. ст.) снижение составляло 8%, при давлении от 160 до 190 мм рт. ст.—12%, а при 190 мм рт. ст. и выше—15%. Снижение диастолического давления было в среднем на 7%.

У больных гипертонической болезнью I стадии (продолжительность не более 1 года) наступала полная нормализация артериального давления.

В 2 случаях (со значительным повышением артериального давления и большой давностью заболевания) снизить давление не удалось.

Патофизиологически выяснилось, что под влиянием кислородного лечения наступает уменьшение степени перегрузки миокарда, в результате чего снижается уровень выраженности электрических критериев гипертрофии миокарда.

Положительная динамика ЭКГ особенно была выражена у больных I стадии с небольшим сроком болезни, в возрасте от 30 до 45 лет.

Выводы

1. Снижение артериального давления у больных гипертонической болезнью I, II стадии фазы «А» в условиях среднегорья достоверно.

2. В целях предотвращения ишемии миокарда, в связи с понижением порционного давления кислорода в атмосферном воздухе и понижением артериального давления рекомендуем с первых же дней кислородное лечение (кислородные ингаляции, кислородные коктейли).

3. Курорт Дилижан (1255—1511 м над ур. м.) является благоприятной климатической станцией для лечения гипертонической болезни I и II стадии фазы «А».

Ա. Գ. ՈՍԿԱՆՅԱՆ

Հիպերտոնիկ Հիվանդոթիւթիւն ՍԱՆԱՏՈՐ-ԿՈՒՐՈՐՏԱՅԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ
ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ՄԻՋԼԵՆՈՒՑԻՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ
ԱՅԴ ԶՈՒԳԱԿՑԵԼՈՎ ԹԹՎԱՄԵՆԱՅԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԵՏ

Ա լ փ ո փ ո լ լ

Հեղինակների կողմից հաստատված է, որ բարձր լեռնային պայմաններում հիպերտոնիկ հիվանդությամբ հիվանդների մոտ կոմպլեքսային սանատոր-կուրորտային բուժման ժամանակ նկատվում է զարկերակային ճնշման ցածրացում,

A. G. VOSKANIAN

ON EFFICIENCY OF SANATORIA AND HEALTH RESORTS'
TREATMENT OF HYPERTONIC DISEASE IN COMBINATION
WITH OXYGEN TREATMENT IN INTERMEDIATE ALTITUDE

S u m m a r y

The authors have established that in conditions of high altitude in patients with hypertonic disease the arterial pressure decrease is marked in complex sanatoria and health resorts' treatment.

УДК 618.2:616.15—07

Լ. Ս. ПЕРСИАНИНОВ, В. Н. ДЕМИДОВ, З. М. ФЕДЕР, Р. А. АБРАМЯН

ИЗМЕНЕНИЕ ВОЛЕМИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
КРОВИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ
БЕРЕМЕННОСТИ

Изменение волемических показателей крови давно привлекает внимание исследователей. Однако до настоящего времени не существует единого мнения в отношении изменения объема крови, плазмы, эритроцитов и объема циркулирующего гемоглобина во время беременности.

В целях изучения влияния беременности на динамику волемических и других показателей крови мы провели исследование у 518 здоровых женщин (в возрасте от 17 до 40 лет), у 70 небеременных и у 448—в различные сроки беременности. Во избежание сдавления нижней полой вены у всех женщин после 17 недель беременности исследование осуществляли в положении на боку.

При изучении волемических показателей крови было установлено, что объем циркулирующей плазмы (ОЦП) у здоровых небеременных женщин составлял в среднем 2,49 л. Начиная с конца первого триместра беременности, объем постепенно повышался. Наиболее значительное увеличение его в среднем на 1,16 л (46,6%) по сравнению с контрольной группой было установлено в интервале между 29 и 32-й неделями беременности. К концу беременности ОЦП несколько снижался, составляя в среднем 200 мл.

Объем циркулирующих эритроцитов (ОЦЭ) во время беременности повышался в меньшей степени, чем объем плазмы. Максимальное увеличение ОЦЭ составило в среднем 200 мл, причем в первой половине беременности он оказался сниженным по