

Р. А. ЧИЛИНГАРЯН, К. С. БАХШИНЯН

## ВЛИЯНИЕ ОДНОКРАТНЫХ ФИЗИОБАЛЬНЕОПРОЦЕДУР НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ БОЛЬНЫХ С КОРЕШКОВЫМ СИНДРОМОМ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

В последние годы в литературе появились немногочисленные исследования, свидетельствующие об эффективности применения при ряде заболеваний аппаратной физиотерапии и бальнеолечения в один и тот же день [1, 2].

Проблема неврологических проявлений остеохондроза позвоночника имеет важное социальное значение ввиду широкой распространенности этого заболевания, что оправдывает поиск новых оптимальных лечебных комплексов. Исходя из этих позиций, нами впервые предпринято исследование по выявлению эффективности последовательного (близкого к сочетанному) применения диадинамофореза трипсина и радоновых ванн при лечении больных с корешковым синдромом остеохондроза позвоночника. Учитывалось, что каждый из применяемых факторов воздействует на отдельные патологические звенья вышеназванного заболевания, что способствует повышению лечебного эффекта в значительно короткие сроки лечения.

Однако последовательное применение метода физиобальнеолечения требует тщательного изучения его влияния на различные органы и системы организма, и в первую очередь на сердечно-сосудистую систему.

С этой целью нами проведены однократные клинико-электрофизиологические исследования у 25 больных, страдающих остеохондрозом позвоночника с неврологическими проявлениями. Из общего числа больных (в возрасте от 40 до 50 лет) было 14 мужчин и 11 женщин. Пояснично-крестцовым радикулитом страдали 14 больных, шейным—11.

Исследования проводились следующим образом: после 10—15-минутного отдыха, до процедуры, оценивалось субъективное состояние больного, определялся пульс и артериальное давление, снималась ЭКГ в 12 общепринятых отведениях. Затем больной принимал процедуру диадинамофореза трипсина, по окончании которой все исследования повторялись. Через 3 часа отдыха больной принимал радоновую ванну и исследования вновь повторялись. Клинико-ЭКГ наблюдения проводились в 1 и 10-й день отпуска указанных физиобальнеопроцедур.

Изучение субъективного статуса больных до лечения выявило, что лишь у 2 больных иногда отмечались боли в области сердца, сопровождающиеся сердцебиением, у остальных жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы не отмечено.

В исходном состоянии у подавляющего большинства больных (23) частота пульса колебалась в пределах от 64 до 88 уд./мин., лишь у 2—от 92 до 100 уд./мин. (в среднем— $77,5 \pm 2,07$  уд./мин.). Артериаль-

ное давление (систолическое) у 21 больного колебалось от 110 до 120, а у 4—от 130 до 160 мм рт. ст. (в среднем— $118,3 \pm 2,96$  мм рт. ст.). Диастолическое давление у 21 больного варьировало в пределах 70—85, а у 4—90—95 мм рт. ст. (в среднем— $77,4 \pm 1,48$  мм рт. ст.).

ЭКГ исследованиями была установлена у 2 больных синусовая тахикардия; нарушение трофики миокарда, выражающееся наличием сглаженных или низких зубцов Т, а также высоких остроконечных зубцов Т, отмечено у 8 больных. В остальных случаях ЭКГ была без патологических отклонений.

Результаты проведенных однократных наблюдений свидетельствуют о хорошей переносимости больными изучаемого комплекса физиобальнеофакторов при последовательном их назначении в один и тот же день.

Под влиянием 1-й процедуры диадинамофореза трипсина (табл. 1) отмечается умеренное снижение показателей частоты пульса и систолического давления ( $P_{1-2} > 0,05$ ). Достоверно снижается показатель диастолического давления. После ванны величина частоты пульса несколько возрастает ( $P_{1-3} > 0,05$ ).

Колебания показателей частоты пульса и артериального давления до и после приема 10 физиобальнеопроцедур практически не существенны ( $P_{1-2}$ ;  $P_{1-3} > 0,05$ ).

В течение курса лечения у 2 больных, имеющих синусовую тахикардию, ритм не нормализовался, а у 4 больных с относительно повышенным артериальным давлением в процессе лечения наблюдалось стабильное снижение исходных высоких цифр.

Следует подчеркнуть, что после 1-й процедуры физиобальнеофакторов сдвиги в показателях частоты пульса и артериального давления проявляются относительно четко по сравнению с результатом проведения 10-й процедуры. Этот факт, вероятно, можно объяснить тем, что первые процедуры как новые раздражители вызывают более или менее четкие гемодинамические изменения. В конце лечения в связи с адаптацией организма к этим факторам сдвиги уже практически не существенны.

Динамические ЭКГ исследования показали, что у 17 больных под влиянием 1 и 10-й процедур существенных сдвигов на ЭКГ не отмечается. У 8 больных, имеющих нарушение трофики миокарда в исходном состоянии, в конце лечебного курса отмечено улучшение процессов реполяризации (у 2), состояние без динамики (у 4) и констатировано ухудшение питания миокарда у 2 больных, хотя и субъективных жалоб они не предъявляли.

Таким образом, клинико-ЭКГ исследования показали, что последовательное применение диадинамофореза трипсина и радоновых ванн в один и тот же день у больных с корешковым синдромом остеохондроза позвоночника переносится хорошо, не вызывает существенных гемодинамических скачков и электрофизиологических сдвигов. У больных, предрасположенных к сердечно-сосудистым заболеваниям, в частности

Таблица 1

Динамика гемодинамических показателей больных с неврологическими проявлениями  
остеохондроза позвоночника под влиянием последовательного физиобальнеолечения

Показатели	I исследование (1-я процедура)			II исследование (10-я процедура)		
	до диадина- мофореза трипсина	последиади- намофореза трипсина	после радоновой ванны	до диадина- мофореза трипсина	последиади- намофореза трипсина	после радоновой ванны
Частота пульса, уд/мин. P <sub>1-2</sub> , 1-3, 1-4	77,5±2,07	75,7±1,66	78,5±1,89	79,7±2,01	79,5±1,77	79,1±1,84
		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Систолическое дав- ление, мм рт. ст. P <sub>1-2</sub> , 1-3, 1-4	118,0±2,96	114,0±2,06	114,3±2,37	114,8±2,36	114,3±2,07	112,4±1,91
		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Диастолическое дав- ление, мм рт. ст. P <sub>1-2</sub> , 1-3, 1-4	77,4±1,48	73,3±1,18	73,1±1,18	74,0±1,18	72,6±1,18	72,7±1,16
		<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: P<sub>1-2</sub> — достоверность различия между показателями до и после  
диадинамофореза трипсина;

P<sub>1-3</sub> — до процедуры диадинамофореза трипсина и после радоновой  
ванны;

P<sub>1-4</sub> — до 1 и 10-й физиобальнеопроцедур.

при латентных формах ишемической болезни сердца, следует в процессе лечения систематически проводить ЭКГ исследования, которые позволяют решить дальнейшую показанность применения физиобальнеолечения в один и тот же день.

НИИ курортологии и физиотерапии  
МЗ Армянской ССР

Поступила 12/XII 1981 г.

Ռ. Ա. ՉԻԼԻՆԳԱՐՅԱՆ, Կ. Ս. ԲԱԽՇԻՆՅԱՆ

ՈՂՆԱՇԱՐԻ ՈՍՏԵՈՆՈՆԳՐՈՋԻ ԼԵՐՎԱՐՄԱՏԱՅԻՆ ՄԻՆԴՐՈՄՈՎ  
ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄԻՐՏ-ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ  
ՎՐԱ ՖԻԶԻՈԲԱԼՆԵՈԼՅԱԿՏՈՐՆԵՐԻ ՄԻԱՆՎԱԳ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հաստատված է, որ արիպսին դիադինամոֆորեզը և ռադոնային լողանքները կարելի է նշանակել նույն օրը 3 ժամ ընդմիջումով, ողնաշարի ոստեոխոնդրոզի ներվարմատային սինդրոմով տառապող հիվանդներին:

Համատեղ բուժումը բարձրացնում է բուժական արդյունավետությունը և կրճատում մահաճակատ-օրերի թիվը:

Միանվագ ուսումնասիրությունը այդ գործոնների ազդեցության վերաբերյալ սիրտ-անոթային համակարգի վրա չի հայտնաբերել բացասական ազդեցություն:

R. A. Chilingarian, K. S. Bakhshinian

Effect of the Single Physiobalneologic Procedure on the  
Cardiovascular System of Patients With Radicular Syndrome  
of Spine Osteochondrosis

S u m m a r y

On the base of a single clinical ECG studies of the cardiovascular system it is shown the possibility of application of balneophysiologic factors—diadinamophoresis of trypsin and radon baths during one and the same day in patients with radicular syndrome of the spine osteochondrosis.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Данилова И. Н. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, 1975, 4, 289—292.
2. Латышева З. А. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, 1978, 5, 38—42.

УДК 616.14—005.6—085.273

М. Б. АЮНЦ, А. З. ҚАРАПЕТЯН, В. П. ТАРАСЕВИЧ

ИЛЕО-ФЕМОРАЛЬНЫЕ ФЛЕВОТРОМБОЗЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ  
МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Подвздошно-бедренный венозный тромбоз в клинической практике встречается довольно часто и составляет 10—15% всех тромбозов магистральных вен нижних конечностей [1—3]. Многие вопросы лечения