

В. С. САДОЯН, Р. А. АРИСТАКЕСЯН

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы атеросклероз занимает ведущее место. Это объясняется значительным его распространением, а также и тем, что в результате этой болезни нередки случаи инвалидности и тяжелых исходов. Поэтому вопросы лечения и предупреждения атеросклероза являются весьма актуальными.

Причиной возникновения этой болезни считается нарушение обмена веществ, в частности липоидного, а также расстройство функции нервной системы.

Исследованиями ряда авторов [7, 3] доказано наличие тесной связи между деятельностью нервной системы и аппарата кровообращения. Экспериментальные и клинические наблюдения показали, что функциональное состояние нервной системы играет существенную роль в развитии многих сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе атеросклероза [6]. В развитии этого заболевания в качестве предрасполагающего фактора имеют значение также изменения сосудистых стенок [3]. Наблюдения Н. Н. Аничкова, А. Л. Мясникова, Ф. Г. Меншикова и др. [1, 5, 6] установили волнообразное течение атеросклероза, при котором периоды атак сменяются периодами ремиссии, а также возможность излечения в начальной стадии с помощью наиболее эффективных методов лечения, изысканию которых и посвящена настоящая работа.

Под нашим наблюдением находилось 102 больных атеросклерозом, находившихся (по классификации А. Л. Мясникова) во II периоде заболевания (первая ишемическая стадия 100 чел., вторая стадия 2 чел.). Из них с поражением преимущественно мозговых сосудов было 80 человек, венечных—21 и почечных сосудов—1 чел. Возраст больных был от 40 до 69 лет, давность заболевания от 4 до 10 лет. Умственным трудом занимались 68 человек, физическим—34. Большинство из них в течение ряда лет выполняло напряженную умственную работу, а некоторые имели нервно-психические переживания.

Больные жаловались на общую слабость, раздражительность, нарушение сна, утомляемость, головные боли, головокружение, шум в голове, временами на кратковременные боли в области сердца, сердцебиение, одышку при быстрой ходьбе или при подъеме по лестнице; многие жаловались на чувство онемения в конечностях, ослабление половой функции.

Указанные симптомы у больных периодически усиливались. Ухудшение общего состояния обычно наступало в периоды физического или умственного переутомления, а чаще всего при нервно-психических напряжениях.

У 78 больных из 102 отмечались: повышенная эмотивность, неустойчивость настроения, выраженный красный дермографизм, вялая реакция зрачков на свет, повышение сухожильных рефлексов, ослабление пальмариальных рефлексов, тремор век и пальцев вытянутых рук, иногда пошатывание при ходьбе, неустойчивая поза Ромберга, а также лабильность к резким переменам погоды.

У многих больных верхушечный толчок сердца был ослабленный. У большинства левая граница сердца перкуторно и рентгенологически была увеличена влево на 1 см, тоны приглушенные. У части больных на верхушке выслушивался систолический шум, пульс среднего наполнения, 80—90 ударов в минуту.

Учитывая сложность патогенеза атеросклероза, а также и то, что это заболевание сопровождается нарушением функций ряда органов, главным образом нервной и сердечно-сосудистой системы, мы наметили лечебный комплекс: радоновые ванны, микроволны, витамины и лечебную физкультуру.

По характеру примененного лечения больные были подразделены на две группы.

Первая группа (80 чел.) получала:

1) Радоновые ванны через день (концентрация 100 ед. Махе при температуре воды 36°, продолжительность процедуры 8—10 минут), всего за период лечения 10—12 раз. Применение радоновых ванн, как известно, оказывает гипотензивное, успокаивающее нервную систему действие и регулирует обмен веществ.

2) Микроволновую терапию через день (аппаратом ЛУЧ-58 на область поясницы, расстояние 8—10 см, продолжительность процедуры 6—8 минут, всего 6—8 раз) с целью усиления процессов обмена, расширения периферических сосудов.

3) Витамины: а) витамин В₁ (5%) в виде инъекции по 1 мл ежедневно в течение 18—20 дней. При этом мы учитывали, помимо «антианемических» свойств препарата, его положительное влияние на коронарное кровообращение, на спазмы сосудов. б) витамин В₁₂ назначали по 200 микрограммов через день в виде инъекций (всего 10—12 раз), имея в виду, кроме «антианемических» качеств препарата, его благоприятное действие на функциональное состояние нервной системы.

4) Учитывая, что у большинства больных, занятых умственным трудом и ведущих сидячий образ жизни, имелись явления детренированности, которые отражались на деятельности сердца, мы проводили с больными занятия по лечебной физкультуре. Физические упражнения назначали индивидуально с учетом функциональной способности сердечно-сосудистой системы, общего состояния больных и основного положения лечебной физкультуры—постепенности тренировки. В процессе

курса лечебной физкультуры в организме больного развиваются приспособительные реакции, которые усиливают физиологические функции органов и систем и способствуют активации восстановительных процессов. В результате этого создаются благоприятные условия для работы сердечно-сосудистой системы и дыхательного аппарата.

5) Ввиду того, что никотин способствует спастическим явлениям сосудов и считается одним из важных факторов ускоренного развития атеросклеротического процесса в венечных сосудах сердца (2), больным запрещалось курение. Назначался стол № 10, рекомендовались фрукты, овощи.

За время лечения у большинства больных наступало улучшение общего состояния. На 15—30-й день ослабевали головные боли, головокружение, шум в голове, боли в области сердца, сердцебиение и одышка, отмечаемые до лечения, постепенно утихали и исчезли.

У 12 больных в течение первых 4—6 дней лечения наступило усиление болезненных симптомов (головные боли, головокружение, шум в голове, отсутствие сна, аппетита, сердцебиение), которые спустя 7—10 дней прошли. Эти явления возможно объяснить повышенной реактивностью нервно-сосудистой системы больных.

Результаты исследования показали, что уровень артериального давления до лечения у 52 из 80 больных находился в пределах: максимальное 140—215 мм, минимальное—95—110 мм, частота пульса у 48 больных—90—100 ударов в минуту. После лечения величина артериального давления стала нормальной у 45 больных, у остальных она снизилась, но до нормы не дошла. Частота пульса стала нормальной у 38 больных, у других она осталась в пределах 80—90 ударов в минуту.

Динамика электрокардиографических изменений у больных атеросклерозом до и после лечения отражена в табл. 1.

Таблица 1

Х а р а к т е р и з м е н е н и й	Число больных	
	до лечения	после лечения
— гипертрофия мышцы желудочков	24	24
— нарушение обменно-трофических процессов в миокарде . .	19	13
— нарушение венечного кровообращения	12	10
— рубец на задне-боковой стенке миокарда	2	2
— синусовая тахикардия	8	1
— нормальная электрокардиограмма	15	30

Из таблицы видно, что у небольшой части больных после лечения имелось улучшение электрокардиографической картины. Наряду с этим у многих из них наблюдалось регулирование ритма сердца. Малый процент положительных сдвигов у больных можно объяснить кратковременностью курса лечения, а также наличием возрастных изменений в сердечной мышце. Несмотря на это, у всех больных в результате комплекс-

ной терапии, с улучшением общего состояния боли в области сердца прекратились или значительно ослабли.

У группы больных атеросклерозом до и после лечения определяли уровень холестерина, лецитина, фибриногена, бета-липопротеидов, протромбина и сахара крови. Уровень холестерина в крови до лечения колебался в довольно широких пределах—от 100 до 345 мг%, после лечения у $\frac{1}{3}$ обследованных с гиперхолестеринемией отмечалось снижение количества холестерина (в среднем на 81 мг%). Количество лецитина в крови у больных до лечения было в пределах 140—160 мг $\frac{1}{3}$ (в среднем 260 мг%), после лечения—295,5 мг%.

У большинства больных, несмотря на отсутствие выраженных сдвигов в количестве холестерина, после лечения отмечалось повышение коэффициента лецитин-холестерина, что расценивается как положительный фактор в динамике липоидного обмена.

Количество фибриногена крови, определенного весовым методом по Рутенбергу, до лечения было в среднем 500 мг%, после лечения—430 мг%. Уровень бета-липопротеидов до лечения находился в пределах от 300 до 800 мг% (в среднем 500 мг%). После лечения количество бета-липопротеидов снизилось в среднем на 100—170 мг%.

Уровень протромбина до лечения был в пределах 60—90%. После лечения имелось повышение уровня протромбина, доходившего до нормы.

Результаты исследования указывают, что содержание в крови холестерина, лецитина, фибриногена, бета-липопротеидов и протромбина в результате лечения снизилось в большинстве случаев до нормы.

Картина периферической крови у больных была близка к нормальной, за исключением 3 человек, у которых имелась слабо выраженная гипохромная анемия, прошедшая после лечения. Жизненная емкость легких у больных была следующей: до лечения у мужчин—3 л, у женщин—2—2,5 л, после лечения—у мужчин—3,5 л, у женщин—2—2,5—3 л.

Восстановительная способность сердечно-сосудистой системы после функциональной пробы равнялась в среднем: до лечения у мужчин 2 мин. 40 сек., у женщин—9 мин. 50 сек., после лечения у мужчин 2 мин. 20 сек., у женщин—2 мин. 40 сек.

Показатели динамометрии до лечения у мужчин—40 кг, у женщин—30 кг, после лечения соответственно 45 и 35 кг.

Результаты исследований больных атеросклерозом до и после лечения указывают на определенное улучшение в состоянии больных. Под влиянием комплексного лечения из 80 больных наступило улучшение у 75, у 5 человек эффект лечения был слабый. Продолжительность лечения в среднем 32 дня.

Вторая группа больных атеросклерозом (22 чел.) лечилась хвойными ваннами по общепринятой схеме, электрофорезом 2% эуфилина по Вермелю, витаминами В₁ и В₁₂ и лечебной физкультурой.

Указанный метод лечения способствовал улучшению деятельности нервной системы, органов кровообращения и обмену веществ. Включая

в комплекс лечения эуфилин, мы учитывали его тонизирующее и сосудорасширяющее действие. Продолжительность курса лечения больных — в среднем 34 дня. Лечение этим методом в большинстве случаев (20 из 22) дало положительный эффект. Благоприятные сдвиги у больных явились результатом сочетанного воздействия комплексной терапии на функцию нервной системы, сердечно-сосудистого аппарата и на другие органы, участвующие в регуляции обмена веществ.

После выписки из стационара больные продолжали соблюдать режим покоя, труда и питания, а также проводить физические упражнения в пределах рекомендованного комплекса.

В результате последующих наблюдений в течение 6—10 мес. 30 обследованных из 50 были в хорошем и удовлетворительном состоянии.

В ы в о д ы

1. У больных атеросклерозом наблюдаются изменения со стороны нервно-вегетативной, сердечно-сосудистой системы и нарушение липоидного обмена.

2. Комплексное лечение больных атеросклерозом — а) радоновые ванны, микроволны, витамины, лечебная физкультура, б) хвойные ванны, электрофорез эуфиллина, витамины, лечебная физкультура — оказывает благотворное влияние на общее состояние и трудоспособность. У большинства больных атеросклерозом наступало улучшение функций сердечно-сосудистой системы, а у ряда больных и регулирование липоидного обмена.

3. Отдаленные результаты лечения у большинства больных были удовлетворительными и хорошими. Они зависели от соблюдения ими в последующем режима труда, покоя и питания, а также выполнения дозированных физических упражнений.

Институт курортологии и физиотерапии
им. проф. А. А. Акопяна

Поступило 26/V 1965 г.

Ч. У. ՄԱԴՈՅԱՆ, Բ. Ա. ԱՐԻՍՏԱԿԵՍՅԱՆ

ԱՐԵՐՈՍԿԼԵՐՈԶՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍԱՅԻՆ
ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ներկայումս սիրտ-անոթային սխառմի հիվանդությունների շարքում ամենակարևոր տեղը գրավում է աթերոսկլերոզը: Այդ հիվանդությունը մեծ առաժույթ ունի և հազվագեպ չեն նրա հետևանքով առաջացած հաշմանդամություն և մահացության դեպքերը:

Մեր դիտողությունը կատարված է 102 հիվանդների վրա, որոնք գտնվում էին աթերոսկլերոզի 2-րդ շրջանում (առաջին՝ իշեմիկ ստադիայում՝ 100, երկ-

րորդ ստադիայում՝ 2), ուղեղային անոթների ախտահարումով՝ 80 հիվանդ, պսակաձև անոթների՝ 21 և երիկամների անոթների վնասումով՝ 1 հիվանդ: Հիվանդների տարիքը՝ մեծ մասամբ 50-ից 60:

Հիվանդների մեկ խմբին (80) նշանակվեց կոմպլեքսային բուժում՝ 1) ապոքենային վաննաներ (10—12 անգամ), որոնք ինչպես հայտնի է ունեն հիպոտենզիվ, ներվային սիստեմը հանգստացնող և նյութերի փոխանակությանը կարգավորող հատկություն, 2) միկրոալիքային թերապիա (6—8 անգամ) փոխանակության պրոցեսները ուժեղացնելու, շրջագծային անոթները լայնացնելու նպատակով, 3) վիտամիններ B_1 և B_{12} , 4) հիվանդների հետ անց էր կացվում նաև բուժական մարզանք:

Նկատի ունենալով, որ նիկոտինը նպաստում է անոթների սպաստիկ երեվոլյուցիաներին և համարվում է պսակաձև անոթների աթերոսկլերոզի զարգացումը արագացնող միջոց, հիվանդներին արգելվում էր ծխել:

Բուժման ընթացքում շատ հիվանդներ ունեցան ընդհանուր դրուժյան, ախորժակի, տրամադրության բարելավում: Բուժումից հետո 80 հիվանդից 75-ի մոտ նկատվել է լավացում: Բուժման միջին տևողությունն է 32 օր:

Հիվանդների երկրորդ խմբին (22, որոնք կլինիկական պատկերով համաճանաչված էին առաջին խմբին) նշանակվեցին փշատերևային լոգանքներ, 2% էուֆիլինի էլեկտրոֆորեզ, վիտամիններ B_1 և B_{12} , բուժական մարզանք (առաջին խմբի ձևով):

Բուժման երկրորդ ձևի ազդեցությամբ 22 հիվանդից 20-ի մոտ նկատվեց կլինիկական, բիոքիմիական պատկերի և մյուս ցուցանիշների բարելավում: Բուժման տևողությունը կազմում է 34 օր:

Հիվանդների բուժման դրական արդյունքը հետևանք էր կոմպլեքսային միջոցների համատեղ ներգործության ներվային, սիրտ-անոթային և այլ սիստեմների վրա:

Հետազայում հիվանդներից շատերը շարունակում էին պահպանել աշխատանքի, հանգստի, սննդի ռեժիմը և կատարում ֆիզիկական մարզանքեր շափավոր կոմպլեքսով: Հիվանդների դիտարկումները ցույց տվեցին, որ նրանցից 30-ը 6-ից 10 ամսվա ժամանակամիջոցում ունեին բավարար և լավ դրուժյան: Նրանք շարունակում էին իրենց աշխատանքը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аничков Н. Н. Труды XIX Всесоюзного съезда терапевтов. М., 1958, стр. 9.
2. Автандилов Г. Г., Коленова В. И., Понамаренко О. В. Кардиология, 1965, I, стр. 30.
3. Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. М.—Л., 1947.
4. Ильинский Б. В. Клиническая медицина, 1953, 5, стр. 15.
5. Меньшиков Ф. Г. Труды XIV Всесоюзного съезда терапевтов. М., 1958, стр. 87.
6. Мясников А. Л. Атеросклероз, М., 1960.
7. Павлов И. П. Полное собрание сочинений, т. I, М.—Л., 1951.
8. Тонконогий И. Г. Актуальные вопросы патологии сердечно-сосудистой системы, т. 8, Киев, 1963.