

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

май
июнь
1966
3

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

УДК 816.12—008.31.1

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Н. Е. Кавецкий, И. В. Оль, Т. Ю. Елфимова, Н. И. Воробьев
и А. В. Левицкий*

Факультетская терапевтическая клиника (зав.— проф. Н. Е. Кавецкий)
Куйбышевского медицинского института

Одной из актуальных проблем современной кардиологии является разработка методов лечения больных гипертонической болезнью. Терапия при этом заболевании всегда должна быть комплексной и максимально индивидуализированной. Обязательным является продуманная организация труда, быта и отдыха при лечении в условиях поликлиники, охранительный режим при лечении в стационаре. Существенное значение имеет лечебное питание, аэротерапия, лечебная физкультура, на определенных этапах — лечение в дневных и ночных профилакториях, местных санаториях и на курортах.

При обострении заболевания целесообразна госпитализация больного. По наблюдениям, проведенным в нашей клинике (Л. А. Сильченко, Г. П. Кузнецов, А. Т. Постников), только под влиянием больничного режима и диеты (стол № 10) у 67% больных гипертонической болезнью наступило известное улучшение самочувствия и снижение АД. Максимальное АД снижалось на 10—40 мм.

Если при I ст. гипертонической болезни в большинстве случаев можно ограничиться урегулированием условий труда, быта и отдыха, назначением седативных средств и непродолжительных курсов лечения гипотензивными средствами, то при II и III ст. заболевания этих мероприятий, как правило, бывает недостаточно: необходима длительная медикаментозная терапия на фоне определенного режима и диеты.

В нашей клинике лечилось 2316 больных гипертонической болезнью (мужчин 47,4%, женщин 52,6%) — 13,3% всех больных, находившихся в этот период в клинике.

Больные получали различные лекарственные препараты на фоне одинакового режима и диеты. Исключение составили леченные пролонгированным сном, у которых режим был иной.

В настоящем сообщении мы остановимся на новых методах лекарственной терапии, которые применялись в нашей клинике в последние 4 года.

Для исключения влияния режима и диеты на результаты лечения тем или иным препаратом в первые 3—5 дней больные получали индифферентную микстуру. Изучаемый препарат назначался тогда, когда состояние больного стабилизировалось как в отношении самочувствия, так и АД.

При оценке результатов лечения больных гипертонической болезнью мы пользуемся более 10 лет следующими критериями.

Мы говорим о значительном улучшении, если у больного исчезли все жалобы и АД снизилось до нормальных цифр (в соответствии с возрастными нормативами

АД, предложенными А. Л. Мясниковым). Под улучшением мы понимаем исчезновение части жалоб, уменьшение остальных, снижение АД до нормальных или близких к ним цифр. Незначительным улучшением мы считаем некоторое уменьшение жалоб и не-большое снижение АД.

При изучении новых препаратов мы предпочитали проводить наблюдения над больными, у которых была II ст. заболевания, по следующим мотивам: при I ст. большинство медикаментов в сочетании с рациональным режимом и психотерапией дает хорошие результаты, при III ст., как правило, нельзя обойтись одними гипотензивными средствами, особенно при III-Б ст.

Одним из главных принципов лекарственной терапии при гипертонической болезни является индивидуализация дозирования препарата. Осуществление его требует изучения реакции организма больного на пробное введение того препарата, которым предполагается лечить больного. Следует всегда начинать с минимальных доз и числа приемов медикамента, постепенно их увеличивая.

После получения стойкого положительного результата надо, по нашему мнению, постепенно уменьшать дозировки до минимальных, «поддерживающих».

В последние годы при лечении больных гипертонической болезнью все шире начинают применяться ганглиоблокирующие средства, число которых быстро растет.

К сожалению, большинство из них плохо всасывается в желудочно-кишечном тракте, и поэтому их нельзя назначать внутрь; кроме того, они нередко вызывают побочные явления, даже такие серьезные, как ортостатический коллапс.

В нашей клинике было изучено несколько новых ганглиоблокирующих препаратов: отечественные — кватерон, хизиндамон, пирилен, зарубежный — перолизен.

Кватерон синтезирован в Институте тонкой органической химии АН Армянской ССР. Этим препаратом в нашей клинике лечилось 107 больных. В результате лечения значительное улучшение наступило у 31,77%, улучшение у 52,34%, незначительное улучшение у 11,21%, без перемен закончили лечение 4,68%.

Из 94 больных, у которых имела II ст. гипертонической болезни, у 33 наблюдалось значительное улучшение, у 53 — улучшение, у 5 — незначительное улучшение, у 3 результат был отрицательный. При I ст. эффект был еще лучше, при III ст. — значительно хуже.

Наши наблюдения показали, что кватерон обладает выраженным гипотензивным действием при приеме внутрь, в большинстве случаев полностью устраняет или уменьшает субъективные симптомы, эффективен при стенокардии у больных гипертонической болезнью, почти не обладает побочным действием, в частности не вызывает ортостатический коллапс. Наиболее целесообразно назначение кватерона по 30 мг на прием 5 раз в сутки, начиная и заканчивая курс меньшими дозировками.

20 больных лечились хизиндамоном. Зарубежный его аналог — эколд. Начав с 25 мг, мы назначали хизиндамон по 50 мг три раза в день.

Из 19 больных, у которых была II ст., в результате лечения значительное улучшение наступило только у 2, улучшение — у 6, незначительное улучшение — у 2, эффекта не было у 9, т. е. почти у половины. При III ст., которая была у одного больного, состояние осталось без перемен.

При лечении хизиндамоном наблюдались выраженная сухость во рту, нарушение зрения и иногда неприятное ощущение в глазах, запоры.

Третьим препаратом был пирилен (зарубежный аналог — перолизен).

В первые дни лечения больные получали по 2,5 мг пирилена на прием 2 раза в день, постепенно дозировки увеличивались до 5 мг 3—4 раза в день. Дальнейшее увеличение доз не представлялось возможным из-за выраженных побочных явлений. Иногда побочные явления наблюдались, особенно в начале курса лечения, от двух приемов по 5 мг препарата. Они выражались в сухости во рту, ухудшении аппетита, склонности к запорам, иногда повышенной потливости.

Пириленом лечилось 16 больных со II ст. гипертонической болезни. Значительное улучшение наступило у одного больного, улучшение у 8, незначительное улучшение — у 5, без перемен закончили лечение двое.

Аналогом пирилена — английский препарат перолизеном лечилось 40 больных со II ст. Начиная с 5—10 мг в сутки, мы повышали дозу до 20—30 мг, что являлось достаточным для получения положительных результатов. Побочные явления наблюдались часто и выражались в сухости во рту, расширении зрачков, запорах, реже в головокружениях, чувстве слабости. Как и при лечении пириленом, все эти явления были более выражены в начале курса лечения. Значительное улучшение было у 9, улучшение у 16, незначительное улучшение у 12, эффекта не было у 3 больных.

К группе адренолитических препаратов относятся венгерский редергам, чехословацкий дигидроэрготоксин и др. В нашей клинике был применен отечественный препарат дигидроэрготоксин-этансульфонат, являющийся аналогом редергама. Этим препаратом лечилось 24 больных, у 21 была II ст. и у 3 — III ст. Препарат назначался в каплях от 5 до 40 на прием 2—3 раза в день и в инъекциях по 1 мл 2—3 раза в сутки. Лечение оказалось совершенно неэффективным при приемах внутрь и малоэффективным при подкожном введении. У 4 человек наблюдалось улучшение, у 16 — незначительное улучшение, у 4 состояние оставалось без перемен. Можно отметить только седативное действие этого препарата.

Общепризнанной является большая эффективность препаратов раувольфии серпентины. Лечение этими препаратами надо начинать с минимальных доз (например, резерпина по 0,1 мг 2 раза в день), а затем быстро увеличивать до индивидуально эффективной дозы (по отношению к резерпину — до 0,25 мг 3—5 раз в сутки, реже более 5 раз). Получив положительный результат, мы постепенно снижаем дозу до «поддерживающей», чаще всего до 0,1—0,25 мг в сутки. Поддерживающие дозы резерпина больной должен принимать, по нашему мнению, без перерывов годами. При обострениях заболевания дозы увеличиваются. При лечении резерпином в нашей клинике был получен положительный результат у 81,5%, в частности при II ст. — у 93,4%.

Для изготовления препаратов раувольфии серпентины требуется импортное сырье, поэтому нас заинтересовал синтетический резерпин, созданный во ВНИХФИ. При II ст. в результате лечения этим препаратом мы наблюдали значительное улучшение и улучшение у 13 из 21 больного.

В последнее время при лечении больных гипертонической болезнью широко начинают применять мочегонные средства, особенно такие, как гипотиазид. Нами был применен швейцарский препарат гигротон.

На фоне обычного диетического стола, но с добавлением продуктов, богатых калием (картофель, курага), 24 больных со II ст. и 3 с III ст. получали гигротон по 100 мг (1 таблетку) пять дней ежедневно, а затем — через день. За курс больные получали 8—9 таблеток. Значительное улучшение наступило у 13 больных, улучшение у 11. У 3 больных не наблюдалось снижения АД, но у одного из них исчезли все неприятные ощущения.

Гигротон обладает выраженным диуретическим действием. Суточный диурез у 25 наших больных уже в первые 2—3 дня лечения достигал 2500—3000 мл при отсутствии у больных отеков. Потеря в весе в первые дни лечения достигала от 1 до 3 кг.

Таким образом, гигротон является эффективным средством при лечении больных гипертонической болезнью. Однако он дает нестойкий результат, и после курса лечения гигроном больные переводились на дальнейшую терапию резерпином.

У 3 больных, у которых лечение резерпином не дало эффекта, мы его достигли, добавив гигротон. В первые же дни комбинированного лечения резерпином и гигроном у больных улучшалось самочувствие и снижалось АД.

В последние годы как в Советском Союзе, так и за рубежом все шире начинает применяться одновременное назначение нескольких гипотензивных средств.

Мы совершенно согласны с К. Н. Замысловой, что если при лечении тем или иным препаратом в течение недели не наступает понижения АД, надо переходить на комбинированную терапию. В нашей клинике с успехом используются такие сочетания препаратов, как резерпин с дибазолом, дибазол со снотворными, дибазол с препаратом пчелиного яда КФ и другие.

Кватероном в сочетании с резерпином или раунатином мы лечили 35 больных со II ст. и 6 — с III ст. болезни. Резерпин или раунатин назначались по 1/2 таблетки на прием 2—3 раза в день, кватерон по 30 мг 3—5 раз в день. Число приемов увеличивалось постепенно. В начале лечения больные получали резерпин (23 чел.) или раунатин (18 чел.), при отсутствии должного эффекта добавлялся кватерон. При II ст. значительное улучшение наступило у 8 больных, улучшение у 25, незначительное улучшение у одного; состояние без перемен — у одного. При III ст. улучшение наблюдалось у 2, незначительное — у 4. Ни у одного больного не наблюдалось никаких побочных явлений.

Комбинированное лечение резерпином и кватероном, а также раунатином и кватероном дает хорошие результаты при уменьшенных дозировках препаратов раувольфии серпентины, чем и предотвращается их побочное действие. Наши наблюдения подтверждают целесообразность при лечении больных гипертонической болезнью применять одновременно несколько препаратов. Поэтому большой интерес представляют комбинированные препараты. Пока их мало. Нами были применены два: депрессин, предложенный А. Л. Мясниковым, и регексон, созданный в Харьковском НИХФИ. В состав депрессина входит этаминалнатрий (50 мг), дибазол (20 мг), резерпин (0,1 мг), гипотиазид (25 мг). На фоне диеты, богатой солями калия, депрессин назначался по 1 порошку 2—3 раза в день.

Депрессином лечилось 150 больных. При II ст. из 119 больных значительное улучшение получено у 38, улучшение — у 69, незначительное улучшение — у 9 и у 3 положительного эффекта не наступило. При III ст. из 31 больного значительное улучшение наблюдалось у 2, улучшение у 13, незначительное улучшение у 10 и у 6 эффекта не было.

Следует отметить, что при II ст. у многих больных под влиянием лечения депрессином АД снизилось до нормальных цифр. Мы полностью согласны с Р. М. Ахремовичем и М. А. Чистяковой, что «депрессин — весьма эффективное гипотензивное и седативное средство». В первые дни лечения депрессином у большинства больных мы наблюдали увеличение диуреза до 2500 мл и снижение веса тела до 3 кг.

Регексон — это сочетание резерпина и гексония. Применяется внутрь в таблетках. Таблетка препарата регексон-I содержит 0,1 мг резерпина и 50 мг гексония, регексон-II — 0,1 мг резерпина и 200 мг гексония. В большинстве случаев мы начинали лечение с препарата регексон-I, а при отсутствии достаточного эффекта переходили

к регексону-II. Разовая доза — одна таблетка. Число приемов постепенно увеличивалось от 1 до 3—4, реже 5—6 в сутки. Побочных явлений, в частности ортостатического коллапса, мы не наблюдали. Иногда отмечалось замедление пульса на 6—26 ударов. Препарат оказывал гипотензивное и седативное действие.

Из 59 больных со II ст. закончили лечение со значительным улучшением 25, с улучшением — 30, с незначительным улучшением — 4. Последние лечились только регексоном-I. В тех случаях, когда применялся регексон-I, а затем регексон-II, у всех больных наступало значительное улучшение и улучшение. То же наблюдалось и при лечении только регексоном-II. Однако у 17 больных со II ст. мы получили значительное улучшение и улучшение, применяя только регексон-I. Это лишний раз подчеркивает необходимость индивидуализации в лечении: если у одних больных для получения хорошего лечебного эффекта достаточно препарата регексон-I, то у других необходим переход на регексон-II.

Из 16 больных с III ст. заболевания значительное улучшение наступило у 2, улучшение — у 6, незначительное улучшение — у 4 и эффект отсутствовал у 4.

При терапии вышеуказанными препаратами продолжительность лечения в большинстве случаев — 3 недели. Этот срок достаточен при лечении теми препаратами, которые мы применяли для получения положительного эффекта и перехода после этого на поддерживающие дозы.

Улучшение самочувствия и снижение АД при лечении изучавшимися нами препаратами начинаются с первых дней их применения. Если заметного субъективного улучшения и снижения АД не происходит в первые 7—10 дней лечения, следует переходить на комбинированное лечение или на другой метод.

В итоге наших наблюдений можно сделать вывод, что наиболее эффективными препаратами являются депрессин, регексон, кватерон и сочетание кватерона с резерпином или рауналином. Заслуживает большого внимания гигротон. Далее идут по своей эффективности пирилен, перолизен и синтетический резерпин. Малоэффективны хизиндамон и дигидроэрготоксин-этансульфонат. Кватерон и пирилен в сочетании с резерпином уменьшают побочное действие последнего.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616. 831—616. 12—008. 331. 4—616. 12—008. 331. 1

О «СТАДИЙНОСТИ» В РАЗВИТИИ ГИПО-ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ ФОРМ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

И. Л. Бенькович

Клиника нервных болезней (зав.—проф. И. Л. Бенькович)
Луганского медицинского института

Проблема сосудистых заболеваний головного мозга продолжает оставаться в центре внимания исследователей. Однако в практической работе учитываются лишь стойкие формы поражений при гипертонической болезни. Другим же формам, связанным с нарушением тонуса сосудистой системы мозга, неоправданно придается значительно меньшее значение.

Известно, что кровообращение является системой, снабженной множеством нервных аппаратов, регулирующих гемодинамический режим. Поскольку нарушения механизмов саморегуляции, начиная с первых стадий изменения мозгового кровообращения, могут постепенно, в частности под влиянием различного рода отрицательных эмоций, перерастать в стойкие, чрезвычайно важно своевременно диагностировать и правильно применять дифференцированную терапию. Известно, что использование бромидов, препаратов валерианы, барбитуратов, хлоралгидрата, солей магния, а также серпазила, резерпина и других гипотензивных средств при лечении гипертонических форм заболеваний дает положительные результаты. Для лечения сосудистых спазмов в настоящее время часто используются ганглиоблокаторы. Широкое применение получили и миотропные препараты, способствующие расслаблению гладкой мускулатуры сосудистой стенки: папаверин, диуретин, эуфиллин, дибазол и другие. Заслуживает внимания и новокаинамид (производное новокаина), используемый для лечения пароксизмальной тахикардии и мерцательной аритмии.