

ности должна быть восполнена физической культурой и спортом в часы досуга, которого у каждого советского человека становится все больше.

Что касается спортсменов, то необходимо строго индивидуализировать тренировочный процесс, разработать критерии подготовленности организма к той или иной нагрузке и вести тщательные врачебные наблюдения с целью выявления и лечения ранних стадий этого синдрома.

Таким образом, в группе хорошо известных в современном обществе сердечно-сосудистых заболеваний определенное место начинает занимать дистрофия миокарда вследствие перенапряжения, имеющая свою электро- и векторкардиографическую картину, патогенез, клинику и профилактику, изучение которых является важной и актуальной задачей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дембо А. Г., Дибнер Р. Д., Тесленко Ж. А., Проэктор М. Л. Кардиология, 1962, 3. — 2. Дембо А. Г., Тесленко Ж. А., Проэктор М. Л. Клин. мед., 1964, 7. — 3. Тартаковский М. Б. Однополюсная электрокардиография. Медгиз, М., 1958. — 4. Шхвацабая И. К., Меньшиков В. В. Кардиология. 1962, 6.

УДК 616.12—009.72

ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ШЕЙНОЙ ВАГО-СИМПАТИЧЕСКОЙ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

К. А. Дрягин

*Госпитальная терапевтическая клиника (зав. — проф. К. А. Дрягин)
Ленинградского педиатрического медицинского института*

За последние двадцать лет мною и сотрудниками (Г. Ш. Гафуровой, В. В. Тявокиным и А. И. Крутоверцевым) взято на учет 280 больных стенокардией, леченных шейной ваго-симпатической новокаиновой блокадой.

В возрасте до 40 лет было 19, от 40 до 60 лет — 192 и старше — 69 больных; мужчин было 186, женщин 94. С длительностью заболевания до 2 лет было 76, от 2 до 5 лет — 101, от 5 до 10 лет — 46 и свыше 10 лет — 57 чел..

Шейную ваго-симпатическую новокаиновую блокаду мы проводим по методу А. В. Вишневого. Больной укладывается на стол на спину с повернутой в сторону врача головой. Кивательную мышцу следует совершенно расслабить, для чего голову нужно несколько нагнуть. Указательный палец левой руки накладывается у заднего края кивательной мышцы, выше места перекреста ее с наружной яремной веной; сильно надавливая пальцем на это место, стараются сместить кнутри органы шеи. При этом пальцем легко прощупывается передняя поверхность шейных позвонков. Затем вкалывают длинную иглу 20-граммового шприца в предварительно сделанный тонкой иглой кожный желвачок у верхушки пальца и проводят ее вглубь по направлению кверху и кнутри, все время ориентируясь на переднюю поверхность позвоночника. Новокаин (0,25% раствор) вводят в количестве 40—60 мл, малыми порциями (2—3 мл). Для исключения попадания иглы в сосуд ее держат по ходу посылаемого вчеред раствора, чем и достигается безопасность инъекции. У 214 больных блокада применялась с левой стороны и у 66 — справа. В. В. Тявокин отметил, что блокаду следует проводить на той стороне, где имеется болевая точка в области верхнего шейного симпатического узла. Если болевые точки имеются с обеих сторон, то блокаду следует делать на стороне большей выраженности боли, возникающей при надавливании на верхний шейный симпатический узел.

Новокаиновая блокада произведена однократно у 233 и повторно у 47 больных. Повторная блокада применена у тех больных, у которых не получен достаточный эффект от первой. В этих случаях она производилась через 12 дней после первой. В группу 47 больных, леченных повторной блокадой, отнесены лица, получившие ее в связи с рецидивом стенокардии в течение времени наблюдения за больными и на отдаленных сроках. Новокаиновая блокада сделана семи больным по 3 раза, одному — 4 раза, двум — по 5 раз и одному 6 раз. От повторных блокад получается менее стойкий эффект.

Осложнения наблюдались очень редко: у 3 больных развилась воспалительная припухлость на месте инъекции и у 12 была боль в месте блокады. При появлении припухлости и субфебрильной температуры назначали внутримышечно пенициллин. На 2—3-й день температура становилась нормальной и припухлость исчезала.

Противопоказанием для применения ваго-симпатической блокады является артериальная гипотония, так как непосредственно после блокады АД понижается. У боль-

ных со стенокардией и гипертонической болезнью вслед за ваго-симпатической блокадой АД понижается, но спустя несколько дней или недель возвращается к исходным цифрам.

Под действием новокаиновой блокады улучшается самочувствие, нормализуется сон, исчезают (в 64%) или уменьшаются (в 32%) стенокардитические боли. До блокады у 32 больных было тахипноэ, которое у 25 исчезло, частота дыхания нормализовалась.

После блокады нередко отмечалось исчезновение или уменьшение экстрасистолии, тахикардии и брадикардии, имевшихся до блокады, а также положительная динамика ЭКГ: зубец R увеличивался, S—T поднимался, иногда до уровня изоэлектрической линии, T становился положительным или увеличивался.

Непосредственно после блокады хорошие результаты были получены в 64%, удовлетворительные в 32% и эффект отсутствовал в 4%. Результаты считались хорошими, если болевые ощущения полностью исчезали и не повторялись на всем протяжении пребывания больного в клинике, а также улучшались и другие показатели (ЭКГ, грудинно-мышечный синдром, кожная зона гиперестезии Захарьина—Геда, болевая точка в межреберье у грудины слева, болевая точка слева у позвоночника соответственно 5—7 грудным корешкам).

Через 3 месяца после блокады обследовано 153 чел. Выздоровление отмечено у 53%, улучшение у 34%; эффекта от лечения не было у 13%.

Через 6 месяцев обследовано 140 чел. Выздоровление установлено у 54%, улучшение — у 28% и отсутствие эффекта — у 18%.

Через год из 133 обследованных выздоровление констатировано у 20%, улучшение — у 55% и отсутствие эффекта — у 25%.

Через 2 года из 69 обследованных выздоровление отмечено у 15%, улучшение — у 49% и отсутствие эффекта — у 36%. У ряда больных после ваго-симпатической блокады хорошие результаты сохранились и спустя 3—4 года.

А. И. Крутоверцев нашел, что при коронарной недостаточности ваго-симпатическая блокада или капельные внутривенные вливания слабого раствора новокаина более эффективны, чем лечение другими методами.

В. В. Тявокин в лаборатории А. В. Рикль и под ее руководством установил, что при стенокардии и инфаркте миокарда ваго-симпатическая новокаиновая блокада улучшает венозное кровообращение. Благоприятное действие шейной ваго-симпатической новокаиновой блокады при нарушении венозного кровообращения осуществляется через эфферентные симпатические и афферентные парасимпатические волокна при участии центральной нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дрягин К. А. Клин. мед., 1948, 5.; Сов. мед., 1964, 3. — 2. Ермолаев А. Е. Экспериментальные данные к вопросу о влиянии шейного новокаинового блока на двигательную функцию желудка. Автореф. канд. дисс., Казань, 1950. — 3. Крутоверцев А. И. Тр. Ленинградского педиатрического мед. ин-та, Л., 1965, вып. 7. — 4. Тявокин В. В. В кн.: Сб., посвящ. 150-летию больницы им. В. В. Куйбышева. Л., 1958; Лечебное значение шейной ваго-симпатической новокаиновой блокады при нарушениях венозного кровообращения. Автореф. канд. дисс., Л., 1958.

УДК 616.127—005.8

К КЛИНИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОСТИНФАРКТНОГО СИНДРОМА

Г. С. Чашина

*Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. А. И. Гефтер) Горьковского
медицинского института им. С. М. Кирова*

В 1955 г. на XXVIII конгрессе кардиологов Дресслер впервые доложил о своеобразном осложнении острого инфаркта миокарда, обозначенного им как постинфарктный синдром, проявляющийся в виде триады: плеврит, перикардит, пневмония.

В отечественной литературе клиника постинфарктного синдрома описана впервые в 1960 г. А. П. Матусовой (из клиники проф. А. И. Гефтера), а затем А. М. Дамир и С. Х. Сидорович (1961), Г. А. Раевской и П. В. Казьминой (1962) и др.

Наши наблюдения и литературные материалы свидетельствуют, что постинфарктный синдром не является казуистикой. В то же время его диагностика не всегда проста, проявления синдрома могут быть приняты за обострение основного заболевания и, следовательно, могут обусловить неправильную терапевтическую тактику. Кроме того, при отсутствии правильного лечения постинфарктный синдром значительно замедляет сроки выздоровления больных с инфарктом миокарда, отягощает течение заболевания.