

отмечалось при осложнении порока недостаточностью кровообращения II-B ст., особенно у приезжавших из отдаленных районов (Сибирь, Средняя Азия) и имевших противопоказания для лечения в пригородных санаториях.

ВЫВОДЫ

1. В санаториях Куйбышевской области «Сергиевские минеральные воды» и в пригородных санаториях «Красная Глинка» и имени В. Чкалова, в климатических условиях средней полосы Советского Союза (Среднего Поволжья), можно с успехом лечить больных с заболеваниями органов кровообращения, однако отбор в эти санатории должен быть дифференцированным.

2. На «Сергиевские минеральные воды» следует направлять больных ревматическими пороками сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана, больных атеросклеротическим кардиосклерозом, при отсутствии коронарной недостаточности, нарушения ритма и недостаточности кровообращения II—III ст., а также больных гипертонической болезнью I ст.

3. Больные пороками сердца при преобладании митрального стеноза или при аортальном пороке с атеросклеротическим кардиосклерозом, осложненным недостаточностью кровообращения II-A ст., а также больные гипертонической болезнью во II ст. подлежат направлению в пригородный кардиологический санаторий «Красная Глинка».

4. Больные, перенесшие инфаркт миокарда, подлежат лечению в санатории «Красная Глинка» как в раннем, так и в позднем посленифарктном периоде. Этим больным целесообразно направлять туда и для долечивания после стационарного лечения перед выпиской на работу.

Поступила 23 июня 1961 г.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛИАРТРИТОВ И РАДИКУЛИТОВ)

П. Т. Рубцова

Госпитальная терапевтическая клиника (зав. — проф. К. А. Дрягин)
Ленинградского педиатрического медицинского института и больницы
им. В. В. Куйбышева (главврач — Е. В. Мамышева)

Нередко больные с заболеваниями суставов, периферической нервной системы и органов брюшной полости, нуждающиеся в грязелечении, не получают его из-за гипертонической болезни, которая относится к противопоказаниям для грязелечения (Л. Г. Гольдфайль).

Ряд авторов наблюдал снижение АД при гипертонии в процессе грязелечения (И. М. Срибнер, 1946; К. А. Дрягин и К. И. Попова, 1953).

Учитывая, что других сообщений о влиянии грязелечения на больных гипертонической болезнью, в частности с применением ЭКГ, мы не нашли, а вопрос этот имеет практическое значение, мы и предприняли наблюдения над 110 больными (мужчин 17, женщин 93) гипертонической болезнью (I ст. — 6, II — 89 и III — 15) при лечении их грязевыми аппликациями.

Большинство больных лечились амбулаторно (85 человек) и только 25 — в стационаре.

Применялись грязевые аппликации в зависимости от локализации болезненного процесса: «труссы», «болотные сапоги», «чулки», аппликации на суставы, на живот.

Первые процедуры, как правило, продолжались 20 минут, начиная с 3-й процедуры — по 30 минут. Температура грязи — от 42° до 46° С, число процедур — от 6 до 15 (в среднем на одного больного 12).

До лечения 43 больных жаловались на боли в области сердца, 65 — на головные боли, 53 — на шум в ушах, 37 — на ослабление памяти, 48 — на головокружение, 25 — на одышку и 90 — на бессонницу. ЭКГ снималась в стандартных, в 4 грудных отведениях (CR₁, CR₂, CR₄, CR₆) до и после процедуры, до курса и после курса грязелечения.

Почти у всех обследованных больных ритм сердца был нормотопный (76) и на ЭКГ наблюдалось правильное чередование предсердного (P) и желудочкового (QRS) комплексов, у 4 были экстрасистолы. Нами установлены изменения со стороны зубцов ЭКГ как в процессе (у 37), так и после грязелечения (у 46).

При анализе ЭКГ, снятых в процессе грязелечения, заслуживают внимания изменение зубца T и смещение интервала S — T.

Изменения зубца R нами отмечались у 14 больных как с положительной, так и с отрицательной динамикой. У наших больных в процессе грязелечения отмечено уменьшение интервала Q—T в пределах от 01 до 05" у 8, у них же наблюдалось улучшение со стороны зубцов T и интервала S—T. Пульс нормализовался у 27 больных, учащение пульса на 5—10 ударов отмечено у 16 и урежение — у 10.

Все вышеописанные изменения в процессе грязелечения носили временный характер, и, по-видимому, их можно объяснить рефлекторными сдвигами в сосудистой системе, питающей сердечную мышцу.

Сопоставления ЭКГ до и после грязелечения показали положительную динамику у 29 больных, отрицательную — у 17 и без заметной динамики — у 34. Улучшение ЭКГ после лечения, как и в процессе грязелечения было со стороны зубца T (у 18 больных), зубца R (у 7), интервала S—T (у 5), и у 4 исчезла экстрасистолия.

Зубец T становился из двуфазного положительным у 9 больных, из отрицательного положительным — у 2, из сниженного нормальным — у 4, из увеличенного нормальным — у 3.

Интервал S—T из расположенной ниже изоэлектрической линии стал изоэлектричным у 5 человек. Изменения зубца R были у 7 больных, из них из сниженного он стал нормальным у 5, из повышенного нормальным — у 2.

Отрицательные данные получены на ЭКГ после грязелечения у 17 больных, из них зубец T изменился у 9, зубец R — у 3, интервал S—T — у 3, появилась экстрасистолия у одной, и ухудшилась атриовентрикулярная проводимость у одного (с 020 до 022").

Под влиянием грязелечения исчезли частые политопные, в том числе желудочковые экстрасистолы.

В процессе грязелечения у большинства больных (96) общее самочувствие было хорошее, и только у 14 отмечено ухудшение, у 11 усилились головная боль и бессонница, у 3 усилилась одышка. После повторных процедур у 5 больных эти явления исчезли, а у 9 лечение было отменено из-за изменений в отрицательную сторону на ЭКГ и ухудшения самочувствия.

Если сравнить изменения величины максимального АД до и после грязелечения у всех наших больных, то выявляется ясно выраженное понижение. Так, до грязелечения максимальное АД было у 63 больных выше 180 мм, а после него снизилось до 140—130—120 мм, и только у 10 осталось выше 180 мм (таблица 1).

Таблица 1

Влияние грязелечения на высоту максимального АД

Число больных	110—120	121—130	131—140	141—150	151—160	161—170	171—180	181—190	191—200	201—210	211—220	221—230	Выше 230	Всего
	До грязелечения	—	—	—	3	7	19	18	20	18	8	5		
После грязелечения	9	24	15	26	9	7	10	3	—	2	—	—	5	110

Отмеченное в результате грязелечения снижение максимального АД у больных гипертонической болезнью на отдаленных сроках наблюдения (от 1 до 4 лет) сохранилось у 22 человек, у большинства же (79) вновь повысилось до уровня, который был до грязелечения. У 9 максимальное АД на отдаленных сроках наблюдения стало выше, чем до грязелечения, на 10—20 мм. ЭКГ на отдаленных сроках наблюдения была снята у 41 и показала те же данные, что и после грязелечения (у 32), у 9 больных наступило некоторое ухудшение.

ВЫВОД

Гипертоническая болезнь I и II ст. не является противопоказанием для назначения при сопутствующих заболеваниях местных грязевых аппликаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дрягин К. А. и Попова К. И. Сероводородно-углекислогрязевые ванны. М., 1953.

Поступила 25 октября 1961 г.