

ных гипертонической болезнью как в I, так и во II стадии. При использовании бассейна и сауны отмечалось выраженное клиническое и значительное субъективное улучшение в основной и контрольной группах. В 98% случаев наблюдалось антигипертензивное действие бассейна и сауны, лишь в 2% по показаниям АД была выявлена рефрактерность к лечению. При лечении бассейном и сауной отсутствовали побочные эффекты и осложнения. Установленный градиент снижения АД соответствовал таковому у больных контрольной группы, принимавших только лекарственные антигипертензивные препараты.

Антигипертензивный эффект бассейна и сауны происходил в условиях более значительного, чем в контрольной группе, увеличения показателей (ударного объема, ударного индекса, минутного объема кровообращения, сердечного индекса), отражавших насосную функцию левого желудочка. Аналогичные гемодинамические сдвиги выявлены и другими исследователями [3]. Под влиянием курса лечения бассейном и сауной констатировано снижение общего и удельного периферического сосудистого сопротивления, удельного фактического и рабочего сопротивления и соотношения двух последних показателей. Эти сдвиги по своей направленности совпадали с таковыми у больных контрольной группы. Следовательно, действие бассейна и сауны состоит в периферической вазодилатации в сочетании с умеренным повышением сердечного выброса, что и обуславливает общий гипотензивный эффект, сходный антигипертензивных фармакопрепаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комарова Л. А., Ващенко И. Г., Лоскутова Л. В. // *Вопр. курортол.*—1984.—№ 4.— С. 19—21.
2. Кузьменко В. А. // *Там же.*—1984.— № 4.— С. 56—57.
3. Новикова Л. С. // *Тер. арх.*—1985.—№ 10.— С. 144—149.
4. Сауна. Использование сауны в лечебных и профилактических целях // Под ред. В. М. Боголюбова (СССР), М. Матеева (ЧССР). Совместное издание СССР — ЧССР — Финляндия — ФРГ.— М., Медицина, 1984.—
5. Соболевский В. И. // *Антиаритмическое и гипотензивное действие сауны.*— М., Медицина, 1982.
6. Winterfeld H. J., Siewert H., Strangfeld D. // *Dtsch. Gesundheitswes.*—1983.— Bd. 38.— S. 636—639.

Поступила 23.10.86.

УДК 616.12—009.72:615.838

СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Р. А. Камбург, Г. А. Яковлева

Санаторий «Ливадия» (главврач — заслуж. врач РСФСР и ТАССР П. А. Романов), Казань

В настоящее время традиционная оценка эффективности санаторно-курортного лечения (значительное улучшение, улучшение, без улучшения, ухудшение) подвергается справедливой критике. Отмечаются необходимость стандартизации методов оценки, возможность ее проведения самим врачом, повышение ее объективности [1]. Разработаны специальные анкеты, позволяющие количественно оценивать эффект лечения в условиях санатория больных ревматоидным полиартритом, бронхиальной астмой, а также ишемической болезнью сердца [2—4]. Однако не у всех больных стенокардией и не во всех санаторно-курортных учреждениях возможна полная оценка состояния системы гемокоагуляции, липидного обмена, велоэргометрии. Мы попытались унифицировать и упростить оценку эффективности санаторно-курортного лечения больных стенокардией напряжения стабильного типа.

В кардиопульмонологическом санатории были обследованы 46 мужчин в возрасте 52—67 лет. Больные страдали стенокардией II—III функциональных классов. У 30 из них в анамнезе был инфаркт миокарда более 12 мес давности, у 16—сопутствующая артериальная гипертония. На каждого больного заводилась стан-

дартная карта, заполнявшаяся трижды: в первые 3 дня пребывания в санатории, в середине (11—13-й дни) и в конце лечения (21—23-й дни).

Предлагаем следующую карту оценки эффективности лечения больных стабильной стенокардией напряжения.

I. Общие сведения: дата заполнения карты, фамилия и инициалы больного, его возраст, место жительства, профессия, даты начала и конца лечения, полученное лечение, диагноз.

II. Анамнез (в баллах):

1. Общее число приступов стенокардии (0 — нет приступов, 1 — реже 2 раз в неделю, 2—2—3 раза в неделю, 3—1—2 раза в день, 4—3—4 раза в день, 5—5 и более раз в день).

2. Число приступов стенокардии покоя (см. 1).

3. Субъективная переносимость физической нагрузки при ходьбе по ровной местности в среднем темпе (0 — без ограничения, 1 — более 1000 м, 2—800—1000 м, 3—600—800 м, 4—400—600 м, 5 — менее 400 м).

4. Субъективная переносимость физической нагрузки при подъеме по лестнице в среднем темпе без остановок (0 — без ограничения, 1 — более 6 пролетов, 2—5—6 пролетов, 3—3—4 пролета, 4—1—2 пролета, 5 — менее 1 пролета).

5. Чувство одышки и удушья (0 — нет, 1 — при значительной физической нагрузке редко, 2 — при значительной нагрузке часто, 3 — при незначительной нагрузке редко, 4 — при незначительной нагрузке часто, 5 — в покое).

6. Чувство сердцебиения и перебоев в работе сердца (см. 5).

III. Данные объективного обследования (в баллах):

1. Систолическое АД, кПа (0—14,6—18,6; 1—14,0—14,5; 18,7—20,0; 2—13,3—13,8; 20,0—21,3; 3—12,6—13,2; 21,4—22,6; 4—12,0—12,5; 22,7—23,9; 5 — менее 12,0; более 23,9).

2. Диастолическое АД, кПа (0—8,6—10,6; 1—8,0—8,5; 10,8—11,3; 2—7,3—7,8; 9,0—12,0; 3—6,6—7,2; 12,1—12,6; 4—6,0—6,5; 12,8—13,3; 5 — менее 6,0; более 13,3).

3. Частота дыханий в покое в 1 мин (0—10—16; 1—17—18; 2—19—20; 3—21—22; 4—23—24; 5 — более 24).

IV. Специальные методы исследования (в баллах):

1. Проба Штанге с задержкой дыхания на вдохе, с (0—более 35; 1—31—35; 2—26—30; 3—21—25; 4—16—20; 5—15 и менее).

2. Проба Генчи с задержкой дыхания на выдохе, с (0—более 30; 1—26—30; 2—21—25; 3—16—20; 4—11—15; 5—10 и менее).

3. Термометрия кожи груди в двух симметричных точках под соском при помощи электротермометра ТПМ-1 и кожного датчика, °С (0 — температура выше 34,5, термоасимметрия менее 0,3; 1 — температура 34,0—34,5; 2 — термоасимметрия 0,3—0,5; 3 — сочетание двух предыдущих признаков; 4 — температура менее 34,0 или термоасимметрия более 0,5; 5 — сочетание температуры менее 34,0 и термоасимметрия более 0,5).

4. Данные ЭКГ, ритм (0 — синусный, правильный, 60—90 в мин; 1 — синусная тахикардия более 90 в мин, синусная брадикардия менее 60 в мин, экстрасистолия менее 1 в мин; 2 — экстрасистолия 1—3 в мин; 3 — экстрасистолия 4—6 в мин, мерцательная нормосистолическая аритмия 60—90 в мин; 4 — экстрасистолия более 6 в мин, мерцательная аритмия, тахи- или брадисистолическая формы; 5 — аллоритмия, политопная экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия или тахикардиты, комбинированные нарушения ритма).

5. Данные ЭКГ, проводимость (0 — нет изменений; 1 — неспецифическая внутрижелудочковая блокада; 2 — синоаурикулярная блокада II степени, атриовентрикулярная блокада I степени, блокада одной из ветвей ножки пучка Гиса; 3 — синоаурикулярная блокада III степени, атриовентрикулярная блокада II степени, блокада одной из ножек пучка Гиса; 4 — блокада ножки пучка Гиса и одной из ветвей другой ножки; 5 — полная атриовентрикулярная блокада, сложные, комбинированные нарушения проводимости).

6. Данные ЭКГ, изменения конечной части желудочкового комплекса (0 — нет изменений, 1 — негоризонтальная депрессия сегмента ST в стандартных отведениях менее 0,5 мм, в грудных — менее 1 мм; 2 — а) горизонтальная депрессия сегмента ST в стандартных отведениях менее 0,5 мм, в грудных — менее 1 мм или б) отрицательный, асимметричный, закругленный зубец T менее 5 мм или двугорбый, сглаженный зубец T; 3 — сочетание 2а и 2б; 4 — а) горизонтальная депрессия или подъем сегмента ST более 0,5 мм в стандартных и более 1 мм в грудных отведениях или б) «коронарные», гигантские остроконечные или отрицательные симметричные остроконечные зубцы T более 5 мм; 5 — сочетание 4а и 4б).

7. Данные нагрузочных тестов: велоэргометрия, двухступенчатая проба и др. в процентах от возрастной нормы (0 — возрастная норма $\pm 10\%$; 1 — 80—89%; 2 — 70—79%; 3 — 60—69%; 4 — 50—59%; 5 — менее 50%).

Подсчитывали сумму баллов у каждого больного и по ней оценивали их исходное состояние: как хорошее — при сумме баллов менее 8, удовлетворительное — от 8 до 32, плохое — от 33 до 48, очень плохое — более 48. Эффективность лечения определяли по динамике суммы баллов: при ее снижении более чем на 50% улучшение считали значительным, на 31—50% — умеренным, на 11—30% — незначительным, при колебаниях суммы баллов на $\pm 10\%$ констатировали отсутствие изменений, при ее увеличении на 11% и более — ухудшение.

При разработке этой карты была выбрана 6-балльная оценка каждого признака: 0 баллов — отсутствие изменений, 1—2 — нарушения легкой степени, 3 — средней

тяжести, 4—5 — тяжелые. Кроме традиционных электрокардиографии и нагрузочных тестов были включены специальные методы исследования — пробы с задержками дыхания, позволяющие косвенно оценивать состояние кардиореспираторной системы больного, и термометрия симметричных точек груди. В отдельных наблюдениях ранее было показано, что при стенокардии напряжения часто встречаются изменения температуры кожи в виде ее снижения или термоасимметрии.

Из 46 обследованных сумма баллов с оценкой «хорошо» была у 8 человек, «удовлетворительно» — у 26 и «плохо» — у 12. Больные находились на щадящем режиме, получали диету № 10, процедуры (массаж спины, воротниковой или прекардиальной областей), ингаляции кислорода, магнитное поле на воротниковую зону (аппарат «Полус-1»), лечебную физкультуру. По показаниям добавляли препараты: сустан, нитронг, нитромазь, обзидан, клофелин, курантил, мебикар, элениум.

Оценка результатов лечения по разработанной карте показала значительное улучшение у 5 человек, умеренное — у 15, незначительное — у 14, без изменений — у 12. Лечение оказалось эффективным у больных с исходно плохим или удовлетворительным состоянием, неэффективным — у пациентов с исходно хорошими показателями, а также при наиболее тяжелой стенокардии III функционального класса и кардиосклерозе с нарушениями сердечного ритма.

Улучшение состояния больных стабильной стенокардией напряжения в условиях санатория происходило в основном за счет урежения приступов стенокардии, нормализации АД, роста толерантности больных к физической нагрузке. В то же время за 24-дневный курс санаторного лечения показатели кожной термометрии, проводимости миокарда на ЭКГ подвергались меньшим изменениям.

Предлагаемая карта позволяет количественно оценивать исходное состояние больных стабильной стенокардией напряжения и проследить эффективность их санаторно-курортного лечения. Эта оценка может проводиться самим врачом с использованием аппаратуры (тонометр, электрокардиограф, электротермометр), имеющейся в любом санатории. Карта может высылаться по месту жительства больного в поликлинику и стационар, помогать в оценке отдаленных результатов санаторно-курортного лечения больных стабильной стенокардией, установить необходимую преемственность между стационарным, поликлиническим и санаторно-курортным этапами лечения больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анин Ю. Л. // *Вопр. курортол.* — 1983. — № 6. — С. 60—62. — 2. Оранский И. Е., Миронова И. Б., Мурашев Р. Г. и др. // *Вопр. курортол.* — 1981. — № 1. — С. 15—17. — 3. Тришк Р. Ф. // *Вопр. курортол.* — 1984. — № 1. — С. 40—42. — 4. Холопов А. П., Харченко В. П., Петров В. А. и др. // *Вопр. курортол.* — 1984. — № 2. — С. 55—56.

Поступила 10.10.85.

УДК 615.33:616.34—057—02:616.8

О ПАТОГЕНЕЗЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ АНТИБИОТИКОВ

М. М. Герасимова

Клинический отдел (руководитель — докт. мед. наук А. А. Пенкнович) Горьковского научно-исследовательского института гигиены труда и профзаболеваний

Среди многообразных проявлений профессиональной патологии от воздействия антибиотиков значительное место принадлежит хроническим энтероколиту и колиту [2] и неврологическим нарушениям [1]. В литературе имеются сообщения о значении патологии кишечника в формировании неврологической симптоматики у больных, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта [6, 7]. Расстройства нервной системы в основном сводятся к неврастеническому, радикулярному и полиневритическому синдромам. Однако вопрос о влиянии пато-