

Обследовано 110 больных на 1—5, 6—10, 30—35-й дни заболевания (I-я группа). Мужчин было 76, возраст — 32—84 года (средний возраст — 56,0), женщин — 34, возраст — 44—85 лет (средний возраст — 66,3). Крупноочаговый инфаркт миокарда был диагностирован у 69 (62,7%) больных, мелкоочаговый — у 18 (16,4%), повторный — у 23 (20,9%). Инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка установлен у 64 больных, задней — у 32 и переднезадней — у 14. Острый период заболевания протекал у 66 (60%) больных с различными осложнениями: нарушениями ритма и проводимости сердца, расстройствами кровообращения, отеком легких, кардиогенным шоком I—II степени, тромбоэмболией, острой атонией желудка и кишечника, сердечной астмой.

2-ю группу составили 30 больных стенокардией в возрасте 36—78 лет (средний возраст — 57,7). Мужчин было 27, возраст — 31—76 лет (средний возраст — 57,2), женщин — 3, возраст — 51—78 лет (средний возраст — 52,6).

В качестве контроля были обследованы 30 здоровых доноров в возрасте 29—57 лет (средний возраст — 49,0).

Все больные находились на стационарном лечении и получали одинаковое питание (7536—8374 Дж/сут).

Уровень ВМК в суточной моче определяли методом высоковольтного электрофореза на бумаге. За норму принимали показатели суточной экскреции ВМК с мочой ($9,7 \pm 1,3$ мкмоль/сут), полученные у 30 здоровых доноров.

У больных со стенокардией до лечения наблюдалось повышение экскреции ВМК до $15,7 \pm 0,5$ мкмоль/сут ($P < 0,001$). После лечения перед выпиской из стационара наряду с улучшением их клинического состояния отмечалась и нормализация выделения ВМК.

У больных острым инфарктом миокарда в 1—5-й дни болезни экскреция ВМК повышалась до $20,1 \pm 0,4$ мкмоль/сут ($P < 0,001$), однако через 10 дней и один месяц уменьшалась по отношению к исходным данным (соответственно до 17,2 и 13,6 мкмоль/сут; $P < 0,001$). Аналогичная динамика прослежена и у больных с крупноочаговым, мелкоочаговым и повторным инфарктом миокарда.

У 31 из 66 больных с осложненным течением острого инфаркта миокарда (с нарушениями ритма и проводимости) также регистрировалось в 1—5-й дни болезни повышение уровня суточной экскреции ВМК до $21,5 \pm 0,5$ мкмоль/сут ($P < 0,001$), затем последующее его снижение, однако даже к 30—35-му дню болезни он все еще был довольно высоким ($14,2 \pm 0,3$ мкмоль/сут; $P < 0,001$).

У 21 больного из этой же группы с недостаточностью кровообращения I—II ст. констатировано, наоборот, уменьшение суточной экскреции ВМК по сравнению с данным показателем у больных с инфарктом миокарда, протекающим без осложнений ($P < 0,001$).

У 14 (12,7%) из 110 больных острым инфарктом миокарда с летальным исходом в первые дни болезни суточная экскреция ВМК была выше, чем в контрольной группе ($20,8 \pm 4,5$ мкмоль/сут; $P < 0,001$). Однако следует обратить внимание, что у 5 из 14 пациентов, поступивших с осложнениями (кардиогенный шок III ст., острый отек легкого), в начале болезни наблюдалось менее выраженное увеличение суточной экскреции ВМК (до $12,8 \pm 0,1$ мкмоль/сут; $P < 0,001$) без дальнейшей тенденции к повышению.

Таким образом, по результатам исследования экскреции ВМК можно заключить: чем обширнее очаг поражения миокарда, тем более выражено его раздражающее действие на гуморальные и медиаторные звенья симпатико-адреналовой системы. Уровень экскреции ВМК при остром инфаркте миокарда и некоторых его осложнениях может быть использован в качестве дополнительного критерия в оценке тяжести клинического течения и прогноза заболевания.

УДК 616.127—005.4—08:1615.224+615.837.3

Р. А. Камбург (Казань). Лечение ишемической болезни сердца электросном и нитроглицериновой мазью в условиях санатория

Изучены результаты лечения ишемической болезни сердца в условиях кардиопульмонологического санатория «Ливадия» (Казань) электросном с помощью аппарата «Электросон-4Т» и нитроглицериновой мастью. Использовали постоянный импульсный ток с частотой импульсов 5—10 Гц и продолжительностью процедуры 30 мин (курс лечения — 10 сеансов через день). Нитроглицерин применяли в виде 2% нитромази* (Финляндия).

Под наблюдением находилось 40 мужчин в возрасте 43—62 лет, страдающих стенокардией II—III функциональных классов. Из них 34 пациента перенесли инфаркт миокарда не менее 12 мес давности. Больные были разделены на 4 группы. Лица I-й группы (контрольная) получали циркулярный душ, кислородные ингаляции, ЛФК. Пациентам 2-й группы к этому лечению добавляли электросон. Больным 3-й группы назначали нитромазь в виде аппликаций на прекардиальную область площадью 10 см^2 . Доза мази — 2—4 см (7,5—15 мг нитроглицерина) 2—3 раза в день. Пациентов 4-й группы лечили сочетанием электросна и нитромази.

Об эффективности лечения судили по разработанной карте. В нее входят 19 различных показателей: общее число приступов стенокардии, число приступов стенокардии покоя, интенсивность ангинозной боли, субъективная переносимость физической нагрузки при ходьбе, подъеме по лестнице, одышка и чувство удушья, сердцебиения и перебои в работе сердца, субъективная характеристика сна, общее настроение, избыток массы тела, систолическое и диастолическое АД, частота дыхания, пробы с задержкой дыхания на вдохе и выдохе, термометрия кожи груди в симметричных точках, оценка ЭКГ по данным ритма, про-

водимости, конечной части желудочкового комплекса. Каждый показатель оценивали по 6-балльной системе; подсчитывали сумму баллов до лечения. Исходное состояние больных расценивали как отличное при сумме баллов менее 10, как хорошее — равное 10—20, удовлетворительное — 21—40, плохое — 41—60, очень плохое — более 60. Эффективность лечения определяли по динамике суммы баллов. Улучшение считали значительным при снижении суммы баллов более чем на 50%, умеренным — на 31—50%, незначительным — на 11—30%, без изменений — при колебаниях $\pm 10\%$, ухудшение — при увеличении суммы более чем на 10%.

У 34 из 40 больных ишемической болезнью сердца исходное состояние было удовлетворительным (сумма баллов — $31,5 \pm 3,5$), у 6 — плохим (сумма — $51,5 \pm 5,0$). Ухудшения состояния больных не наблюдалось. У 31 (77,5%) из 40 обследованных улучшились все показатели по карте. В контрольной группе изменения состояния не наблюдалось. Под влиянием электросна улучшение было незначительным, нитромази — умеренным, а при их комбинации — значительным.

Поскольку терапия ишемической болезни сердца требует дифференцированного подхода, пациентам с неустойчивым психоэмоциональным статусом и нарушением сна лечение в санатории лучше начинать с электросна. При отсутствии эффекта и сохранении ангинозных приступов лечение можно дополнять нитромазью. Комбинация электросна и нитромази является высокоактивной в плане антиангинального действия, так как направлена на различные звенья патогенеза ишемической болезни сердца — нейрорефлекторное и гемодинамическое.

Преимущества нитромази перед пролонгированными нитратами перорального применения проявляются в большей длительности эффекта, высокой биодоступности, менее выраженных индивидуальных различиях в дозе, выраженном антиангинальном действии. Мы считаем, что в условиях санатория имеет значение и психологический настрой больных к лечению мазью, так как многие больные негативно относятся к приему медикаментов внутрь.

Из побочных действий нитромази следует указать на головные боли (у 6 из 20), жжение на месте аппликации (у 2 из 20).

Следует отметить, что электросон также обладает определенными преимуществами перед нейротропными препаратами. У него нет миорелаксирующего действия; у пациентов не возникает апатии, вялости, аллергических реакций, хотя у 3 человек из 20 наблюдалась плохая переносимость процедуры (головные боли).

При стенокардии тяжелого III функционального класса, наличии постинфарктного кардиосклероза, некоторых нарушениях сердечного ритма выбор физиотерапевтических и бальнеологических процедур довольно ограничен. Поэтому применение у таких больных в условиях санаторно-курортного лечения электросна и нитроглицериновой мази представляется перспективным.

УДК 616.831—005.1—073.97

А. Н. Белова, В. М. Трошин (Горький). Использование электроэнцефалографии для контроля эффективности восстановительного лечения постинсультных больных

Изучена динамика усвоения ритмов световых мельканий постинсультными больными в процессе амбулаторного восстановительного лечения. При этом была поставлена задача проследить влияние лечения на функциональное состояние головного мозга и определить возможность использования данной методики для оценки эффективности реабилитации.

Было обследовано 60 человек. Основную группу составили 50 больных (38 мужчин и 12 женщин в возрасте от 36 до 64 лет), перенесших мозговой инсульт. У всех больных инсульт развился в зоне васкуляризации средней (правой или левой) мозговой артерии и сулит характер ишемического. Давность заболевания при первичном обследовании варьировала от 1 мес до 3 лет. У всех больных отмечались двигательные расстройства, у части — речевые. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц, средний возраст которых (48 ± 3) года) существенно не отличался от возраста больных основной группы (51 ± 3 года). ЭЭГ в контрольной группе регистрировали однократно, у больных — дважды: в день поступления на амбулаторное восстановительное лечение и после окончания реабилитационного курса.

Восстановительное лечение включало медикаментозную терапию (вазоактивные и противосклеротические препараты, ноотропы, витамины группы В), групповую и индивидуальную лечебную физкультуру, массаж, физиотерапевтические процедуры (электрофорез, сосудорасширяющих препаратов, электростимуляция, магнитотерапия, тепловые процедуры), трудотерапию. Продолжительность курса лечения и соответственно интервал между ЭЭГ-исследованиями составили от 1 до 1,5 мес.

Реакция перестройки корковых ритмов при первоначальном обследовании оказалась сниженной у всех больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Сужался диапазон усвоения навязанных ритмов. Если в контрольной группе все 6 предъявляемых частот усваивали все обследуемые, то среди 50 постинсультных больных — только один; от одного до 5 частот — 44 человека, а у 5 больных реакция усвоения ритма отсутствовала на всех частотах. У больных с последствиями мозгового инсульта появлялась межполушарная асимметрия усвоения, удлинялись латентные периоды реакции. Так, в основной группе короткие (менее 0,4 с) латентные периоды реакции усвоения ритма пораженным полушарием наблюдались в 8% случаев, межполушарная асимметрия усвоения здоровым и пораженным полушариями — в 19%, тогда как в контрольной