

18479
ХАБАРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

З. П. КОЗЛОВА

На правах рукописи

НОВОКАИНОВЫЕ БЛОКАДЫ
И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИХ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ ГРУДНОЙ ЖАБОЙ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



Хабаровск — 1964

ХАБАРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

З. П. КОЗЛОВА

На правах рукописи

НОВОКАИНОВЫЕ БЛОКАДЫ
И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИХ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ ГРУДНОЙ ЖАБОЙ

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Хабаровск — 1964

Из кафедры госпитальной терапии (зав. — профессор Б. А. Темпер) Хабаровского Государственного медицинского института (ректор — профессор С. К. Нечепанев).

Научный руководитель

доктор медицинских наук, профессор Б. А. Темпер.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор И. И. Брехман
и кандидат медицинских наук И. З. Баткин.

Автореферат разослан « *19* *августа* 196 *4* г.

Защита диссертации состоится « *19* *мая* 196 *4* г.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Хабаровского медицинского института.

Адрес института: г. Хабаровск, ул. К. Маркса, 32.

В Программе Коммунистической партии Советского Союза, принятой XXII съездом КПСС, записано: ...«Медицинская наука должна сосредоточить усилия на открытии средств предупреждения и преодоления таких болезней, как рак, вирусные, сердечно-сосудистые и другие опасные для жизни людей заболевания» (1961, стр. 127).

Центральный Комитет КПСС и Совет Министров СССР в своем постановлении от 14 января 1960 года «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР» (1960) обязали Министерство здравоохранения СССР в ближайшие годы сосредоточить внимание научно-исследовательских институтов на изыскании средств и методов для эффективного лечения и профилактики ряда заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых.

Таким образом, одной из основных проблем современной медицины является и проблема сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых видное место занимает нарушение венозного кровообращения.

По статистическим данным всех стран, заболеваемость грудной жабой и тесно связанной с ней инфаркта миокарда за последние десятилетия прогрессивно возрастают (В. Н. Виноградов — 1957, М. С. Вовси — 1958, Келш (K. A. Koelsch) — 1958, Чжан Сяо Чэн — 1958, Шарф (R. Scharf) — 1960, Шимерт (G. Schimert) — 1961 и др.).

В капиталистических странах смертность от сердечно-сосудистых заболеваний является наиболее высокой и составляет в США 578 мужчин на 100 000 мужского населения и 447 женщин на 100 000 женского населения.

Эти показатели значительно ниже в Советском Союзе и составляют соответственно на 100 000 населения 315 мужчин и 279 женщин.

Большая распространенность и прогрессивно возрастающее число больных грудной жабой ставит перед клиницистами и теоретиками проблему изыскания наиболее эффективных методов лечения этих больных.

В комплексе терапии больных стенокардией в последние годы стали шире применять лечение новокаином.

Этот вопрос еще недостаточно полно освещен в литературе. Особенно это относится к тем наблюдениям, которые посвящены сравнительной оценке различных методов введения новокаина.

Мы поставили своей задачей проследить с помощью различных клинико-лабораторных исследований за эффективностью лечения больных грудной жабой новокаином, — в зависимости от метода его введения, — как непосредственно после лечения, так и в отдаленные сроки. Путем сравнения пытались выявить наиболее простой и эффективный метод новокаинотерапии не только в условиях стационара, но и поликлиники.

Под нашим наблюдением находилось 210 больных стенокардией: из них коронарный атеросклероз без гипертонии определялся у 129 больных (61,5%), гипертоническая болезнь II—III степени — у 66 больных (31,4%), ангионевротическая форма грудной жабы наблюдалась у 15 больных (7,1%). Перенесли инфаркт миокарда в прошлом 22 больных (10,5%).

Преобладающее большинство обследуемых (85,2%) были в возрасте старше 40 лет.

С давностью заболевания до одного года было 6,2% больных, от одного до 3-х лет — 44,8%, от 4-х до 10 лет и более было 49% больных.

Почти постоянные боли жгучего, колющего и ноющего характера в области сердца или за грудиной отмечали 95 больных (45,2%). Приступы стенокардии наблюдались у всех больных ежедневно, а у 25 из них (11,9%) до 10 и более раз в сутки.

Стенокардия покоя отмечалась у 92 больных (43,8%), напряжения — у 118 больных (56,2%).

Из всех 210 наших больных 185 проводилась новокаинотерапия. Из них первая группа (72 человека) получала

внутрикожно и подкожно только новокаин без применения каких-либо других лекарств, вторая группа (39 человек) получала такое же лечение новокаином, но в сочетании с другими лекарственными средствами. Третьей группе больных (20 человек) проводились новокаиновые блокады паравертебрально, четвертой группе (27 человек) — внутривенно и пятой группе (27 человек) — внутриартериально. Больные последних трех групп так же, как и больные второй группы, получали новокаин в сочетании с другими лекарственными веществами.

Контрольную группу составили 25 больных грудной жабой, леченных только симптоматическими лекарственными средствами без применения новокаина.

Для блокад применялся свежеприготовленный теплый ($36-37^{\circ}$) 0,5% раствор новокаина.

При хорошей переносимости на одну внутрикожную и подкожную блокаду вводилось от 50 до 120 мл указанного раствора, на одну паравертебральную — от 50—80 до 100, редко 150 мл, на одно внутривенное вливание — от 3-х до 10 мл и на одно вливание внутриартериально — от 5 до 20 мл 0,5% раствора новокаина.

Для достижения терапевтического эффекта на курс лечения требовалось внутрикожных и подкожных блокад от одной до 12 (в среднем 5—6), паравертебральных — от 2-х до 5 (в среднем 3), внутривенных вливаний — от 8 до 15 (в среднем 11), внутриартериальных — от 5 до 15 (в среднем 9—10).

После проведенного у 185 больных курса новокаиновой терапии непосредственно хороший эффект наблюдался у 47,6% больных, удовлетворительный — у 35,7%, улучшение — у 7,6%, лечение было неэффективным у 9,1% больных.

В контрольной группе больных непосредственно хороший результат лечения отмечался у 16%, удовлетворительный — у 52%, улучшение — у 8%, применяемое лечение было малоэффективным у 24% больных.

Таким образом, лучший эффект, по нашим наблюдениям, был получен у больных, леченных новокаиновыми блокадами.

При сравнительной оценке непосредственных результатов лечения в зависимости от метода введения новокаина можно отметить, что более выраженный положитель-

ный терапевтический эффект наблюдался при внутрикожных и подкожных блокадах без сочетания с другими лекарствами (у 95,8% больных), а также и при внутриартериальном введении новокаина (у 96,3% больных). Приблизительно одинаковый терапевтический эффект был получен от применения внутрикожных и подкожных блокад в сочетании с другими лекарствами (у 87,2% больных) и при паравертебральных блокадах (у 90% больных). В меньшем проценте случаев положительный эффект отмечался при внутривенном введении этого препарата (у 77,8% больных).

Уже после первой и второй внутрикожной и подкожной или паравертебральной блокады приступы грудной жабы прекращались совсем или становились реже и меньшей интенсивности у преобладающего большинства больных (99 человек — 75,6%).

Внутриартериальные введения новокаина способствовали более раннему прекращению или уменьшению приступов стенокардии по сравнению с внутривенными вливаниями этого препарата.

Так, после пяти внутриартериальных блокад боли в сердце прекратились совсем или значительно уменьшились в своей интенсивности у 88,9% больных. После пяти внутривенных вливаний коронарные боли прекратились или уменьшились у 37% больных.

Новокаиотерапия оказалась малоэффективной лишь у 4,2% больных первой группы, у 12,8% больных второй группы, у 10% больных третьей группы, у 22,2% больных четвертой группы и у 3,7% больных пятой группы.

В шестой — контрольной группе больных, не получавших лечения новокаином, положительный терапевтический эффект наступал значительно позже. Стенокардитические боли исчезли у 76% этих больных к 26 дню пребывания их на койке, а у 24% больных этой контрольной группы они остались такими же, как и до лечения.

Следует указать на то, что в случаях, где после 3—5 внутрикожных и подкожных или 2—3 паравертебральных блокад, 4—5 внутриартериальных, 6—8 внутривенных вливаний заметных сдвигов в сторону улучшения не наступает, продолжение новокаиотерапии является, по нашему мнению, нецелесообразным.

У 23 больных (из всех 210) не наблюдалось положительного терапевтического эффекта, причем 17 из них получали лечение новокаином, 6 больных относились к контрольной группе.

Среди 17 больных, леченных новокаином, стенокардия покоя отмечалась у 10 человек, стенокардия напряжения — у 7 человек. У 16 этих больных электрокардиографически обнаружены выраженные изменения в миокарде. Функциональная способность сердца была снижена у 9 больных.

Из 6-ти больных контрольной группы у 2-х наблюдалась стенокардия покоя, у 4-х — стенокардия напряжения. У них также были выявлены на электрокардиограмме те или иные изменения в миокарде.

Таким образом, мы не получили удовлетворительного результата лечения главным образом у больных с выраженным коронарным атеросклерозом.

Приведенные данные со всей очевидностью показывают, что новокаиотерапия является эффективным патогенетическим методом лечения больных грудной жабой.

Внутрикожные и подкожные, паравертебральные и внутриартериальные блокады оказывают, по нашим наблюдениям, наиболее благоприятный эффект.

Переходя к обсуждению лабораторных данных, следует отметить, что уровень холестерина крови, определявшийся у 178 больных, оказался повышенным (от 200 до 455 мг %) у 52,8% больных. Средняя арифметическая общего холестерина, рассчитанная по каждой из пяти групп больных, колебалась до лечения новокаином в пределах от $185,2 \text{ мг \%} \pm 5,5$ до $252,8 \text{ мг \%} \pm 13,9$.

После новокаиотерапии холестерин сыворотки крови снизился у 21,9% больных, повысился у 18,9%. Однако эти изменения содержания холестерина существенно не отразились на его среднем уровне. Средняя арифметическая, рассчитанная также по каждой из пяти групп, колебалась после проведенной новокаиотерапии в пределах от $190,9 \text{ мг \%} \pm 6,1$ до $242,0 \text{ мг \%} \pm 12,2$.

Примерно подобные колебания уровня холестерина выявлены у 34,7% больных контрольной группы, не получавших лечения новокаином. Средняя арифметическая содержания его в этой группе до лечения была $248 \text{ мг \%} \pm 9,2$, после лечения — $245,2 \text{ мг \%} \pm 9,9$.

Результаты сравнительных наблюдений дают основание прийти к заключению, что уровень общего холестерина сыворотки крови под влиянием новокаиотерапии существенных изменений не претерпевает.

Общий кальций крови до лечения определялся на уровне нормальных цифр у 90,7% больных (из всех 140); повышение его наблюдалось у 7,2%, снижение — у 2,1% больных. После проведенного лечения мы не обнаружили здесь существенных колебаний уровня кальция у больных всех групп, в том числе и контрольной. Лишь у 2,2% больных содержание кальция сыворотки крови после лечения несколько превышало норму, снижение уровня его ниже нормы наблюдалось у 3,6% больных.

Средняя арифметическая общего кальция до лечения во всех шести группах больных определялась от $9,9 \text{ мг}\% \pm 0,15$ до $10,6 \text{ мг}\% \pm 0,17$, после лечения — от $9,98 \text{ мг}\% \pm 0,15$ до $11,1 \text{ мг}\% \pm 0,16$.

Протромбин крови до лечения определялся у 192 больных всех шести групп. Почти у половины из них (92 человека — 47,9%) исходный уровень его был выше 100% и колебался от 101 до 119%. Гиперпротромбинемия выявлена у больных коронарным атеросклерозом с выраженным болевым синдромом.

Наши наблюдения за уровнем протромбина показали тенденцию к его снижению уже после нескольких вливаний новокаина и независимо от метода его введения. До лечения новокаином гиперпротромбинемия определялась во всех пяти группах у 46,7% больных. В процессе лечения гиперпротромбинемия выявлена в меньшем проценте случаев — у 16,2% больных, после проведенного курса новокаиотерапии повышенный уровень протромбина был обнаружен всего лишь у 6,7% больных.

В контрольной группе больных до лечения протромбин крови был повышен у 56% больных, в процессе лечения — у 4%, после лечения больных с повышенным уровнем протромбина не оказалось.

Средняя арифметическая уровня протромбина во всех шести группах больных до лечения находилась на верхней границе нормы ($99,9\% \pm 0,47$) или несколько превышала ее ($101,6\% \pm 0,85$). В процессе лечения произошло снижение гиперпротромбинемии. Средняя арифметическая

протромбина в этот период (в процессе лечения) колебалась в пределах от $97,8\% \pm 0,62$ до $99,05\% \pm 0,62$.

После курса лечения средняя арифметическая уровня протромбина в некоторых группах еще более снизилась — до $96,6\% \pm 0,52$.

Наблюдения в динамике за уровнем протромбина, средней арифметической содержания его в каждой из шести групп, вычисленный коэффициент достоверности показали, что наиболее значительное и статистически достоверное снижение гиперпротромбинемии наблюдалось в период от начала лечения до повторного его исследования еще в процессе лечения (показатель достоверности от 2,4 до 3,6 в группах, леченных новокаином, и 4,7 в контрольной группе). Несущественное и статистически недостоверное снижение уровня его произошло в период от исследования в процессе лечения до исследования после лечения.

Гиперпротромбинемия (от 102 до 116%) определялась после лечения у 11 больных. Десять из них получали внутрикожные и подкожные блокады. Повышение уровня протромбина у них, по нашему мнению, связано с индивидуальной реакцией нервной системы на раздражение блокадой. На повышение уровня протромбина после введения новокаина указывают М. Г. Багдатьян с соавторами, Б. П. Кушелевский, Е. А. Орлова, З. П. Рязанова и др.

Наши наблюдения показали, что гиперпротромбинемия снизилась у значительного числа больных (с 47,9% до 6,7%), получавших новокаин, а также и в контрольной группе, не получавших этого препарата.

Снижение его уровня наблюдалось преимущественно в случаях с высокими исходными цифрами. Такое почти равномерное снижение уровня протромбина во всех шести группах больных объясняется, по-видимому, прекращением или уменьшением приступов грудной жабы под влиянием лечения.

Вязкость крови до лечения во всех шести группах больных определялась нормальной у 50,5% мужчин и 82,9% женщин, понижение ее было у 47,6% мужчин и 13,2% женщин, незначительное повышение — у 1,9% мужчин и 3,9% женщин. После лечения показатели средней арифметической вязкости крови во всех наблюдаемых

нами 6 группах больных повысились в сравнении с исходными, но они не выходили за пределы нормальных цифр. Так, до лечения средние показатели вязкости крови у мужчин колебались в пределах от $4,0 \pm 0,05$ до $4,3 \pm 0,13$, после лечения — от $4,5 \pm 0,02$ до $4,7 \pm 0,09$, у женщин до лечения средняя вязкость колебалась от $3,9 \pm 0,09$ до $4,2 \pm 0,13$, после лечения — от $4,3 \pm 0,11$ до $4,5 \pm 0,12$. Такое незначительное повышение вязкости крови объясняется, по-видимому, тенденцией к нормализации этого показателя в связи с общим улучшением состояния больных под влиянием лечения. По нашим данным, мужчины и женщины с пониженной вязкостью до лечения новокаином было 27,6%, после лечения — лишь 4,5%. В контрольной группе больных отмечалось также повышение вязкости у всех 16 больных с пониженной исходной.

Укороченное время продолжительности кровотечения до лечения определялось у 3,3% больных всех шести групп. Уже в процессе лечения оно удлинилось у них до нормального, оставаясь на этом уровне до конца курса лечения. В подавляющем большинстве случаев новокаиновая терапия не оказала заметного влияния на этот показатель крови.

Свертываемость крови до лечения была нормальной у 72,4% больных, ускоренная — у 27,6%. Ускоренное время свертываемости крови наблюдалось чаще у больных с выраженным коронарным атеросклерозом (стенокардия покоя, инфаркт миокарда в анамнезе).

После лечения процент больных с нормальным временем свертываемости крови увеличился с 72,4 до 87,2, число больных с укороченной свертываемостью уменьшилось с 27,6% до 12,8%.

Удлинение времени свертываемости крови после лечения произошло как в группах больных, получавших новокаин независимо от метода введения его, так и в контрольной группе. До лечения новокаином ускоренная свертываемость крови выявлена у 23,8% больных, после лечения — у 9,9%. В контрольной группе также уменьшился процент больных с ускоренной свертываемостью — с 44 до 27,2.

Показатель времени свертываемости крови, по средним данным, колебался до лечения новокаином в преде-

лах от 460,4 сек. \pm 22,2 до 545,9 сек. \pm 12,2; в контрольной группе — 460,4 сек. \pm 17,0. После курса новокаиновой терапии средняя времени свертываемости крови удлинилась во всех пяти группах и определялась в пределах от 510,6 сек. \pm 20,3 до 593,2 сек. \pm 9,7; в контрольной группе этот показатель удлинился до 513,2 сек. \pm 15,1. Удлинение времени свертываемости крови было существенно и статистически достоверно в I, III, IV и V группах, леченных новокаином (коэффициент достоверности от 2,6 до 3,6) и в VI контрольной группе (коэффициент достоверности — 2,3). Относительно достоверное удлинение времени свертываемости определялось во II группе больных (коэффициент достоверности — 1,6).

Таким образом, проведенная терапия способствовала удлинению времени свертываемости крови во всех шести группах больных.

Следует отметить, что по нашим наблюдениям, у больных с ускоренной свертываемостью крови в 59% случаев был повышен и уровень протромбина,

Как показывают данные наших наблюдений, проводившихся в динамике, новокаиновые блокады сами по себе не вызывают, по-видимому, существенных изменений крови по изучавшимся показателям. Все же в части случаев отмечались сдвиги этих показателей крови, которые в совокупности с клиническими данными можно было рассматривать как положительные.

С целью выявления влияния новокаина на коронарное кровообращение, в зависимости от метода введения его, мы провели электрокардиографические наблюдения в динамике у 84 больных, получавших новокаиновую терапию, а также у 22 больных контрольной группы.

Повторное электрокардиографическое исследование в группах больных, проведенное после лечения новокаином, показало следующее. Интервал ST приблизился к изоэлектрической линии у 7 больных из 38, у которых до лечения он был ниже изолинии. Из 62-х больных с исходным измененным зубцом T у 42-х он подвергался колебаниям в I, I-II, Ул и ГО₄₋₆ отведениях и лишь у 6-ти больных стал нормальным, т. е. определялся положительным и соответствовал амплитуде ведущего зубца. Электрическая систола нормализовалась у 7 больных из 22-х с удлиненной исходной. У 8 больных из 25 норма-

лизовался ритм сердца (до лечения у 3-х из них определялась тахикардия, у 5-ти — брадикардия).

Выявленные изменения электрокардиограммы, указывающие на улучшение кровоснабжения миокарда под влиянием новокаиотерапии, наблюдались, примерно в одинаковом числе случаев в каждой из пяти групп больных. Мы не установили влияния новокаина на функцию возбудимости и проводимости.

В контрольной группе, получавших другую терапию без новокаина, у 6 больных появилась брадикардия, у 2-х больных из 4-х нормализовалась возбудимость. Интервал ST у 3-х больных из 6-ти стал изоэлектричным. Зубец T у 10 больных (из 16-ти с измененным исходным) подвергался колебаниям, однако ни в одном случае не нормализовался. Электрическая систола после лечения стала нормальной у 2-х больных из 4-х с удлиненной исходной.

Сопоставляя электрокардиографические изменения, наблюдавшиеся в группе больных, получавших новокаиотерапию и контрольной группе, мы отметили, что новокаин в ряде случаев оказывает более выраженное положительное влияние на коронарное кровообращение.

Те или иные побочные проявления, возникавшие чаще всего в легкой степени во время новокаиотерапии, наблюдались у 49,2% наших больных. У женщин такая интоксикация отмечалась примерно в два раза чаще, чем у мужчин (69,7% и 31,3%). Она выражалась у них большим разнообразием одновременно возникавших побочных реакций и наступала, по сравнению с мужчинами, после меньшей дозы новокаина. По нашему мнению, в основе такой реактивности женского организма ведущую роль играет его физиологическое состояние и нервная система.

Интенсивность и характер побочных проявлений зависели, по нашим наблюдениям, от дозы новокаина, индивидуальной чувствительности к этому препарату и от метода введения его в организм. Так, побочные проявления наблюдались чаще после паравертебральных блокад (у 70% больных), значительно реже после внутривенных вливаний новокаина (у 40,7% больных). Новокаиновая интоксикация выявлялась в большинстве своем на 3—10 минуте и продолжалась чаще всего от 10 до 30 минут.

Характер и интенсивность возникавших побочных явлений не требовали с нашей стороны особых вмешательств, они также не оказывали отрицательного влияния на непосредственный результат лечения.

Всего нами проведено 637 внутрикожных и подкожных, 66 паравертебральных блокад, 297 внутривенных и 264 внутриартериальных вливаний новокаина. При этом всего лишь 5 больным (2,7%) лечение новокаином было прервано в связи с выраженной побочной реакцией (дерматит, резкая боль в месте введения новокаина и др.).

Различные другие лекарственные средства (резерпин, эуфиллин, дибазол, бром, нитрит натрия, нитроглицерин и др.), применявшиеся нами в сочетании с новокаином, не уменьшали токсического действия его.

Наблюдения в отдаленные сроки проведены у 142 больных (67,6%), из них 123 получали в свое время новокаиновую терапию, 19 больных лечились симптоматическими средствами (контрольная группа).

Сопоставляя результаты лечения в отдаленные сроки в этих двух группах больных, мы установили, что значительно лучшие результаты отмечались у больных, леченных новокаином; терапевтический эффект был более стойким у больных, получавших внутрикожные и подкожные блокады.

В контрольной группе приступов грудной жабы свыше 3-х месяцев не было лишь у 2-х больных (из всех 19), тогда как у больных, леченных новокаином, эти боли не возникали более 3-х месяцев (от 4-х до 32 месяцев), у 53,7% больных.

Обострение стенокардитических болей зависит, по нашим наблюдениям в отдаленные сроки, от степени нарушения венозного кровообращения. Так, при грудной жабе покоя обострение коронарных болей до 3-х месяцев наступило у 73,1% больных, при стенокардии напряжения — у 26,8% больных.

За два года после выписки из клиники умерли 7 наших больных: пять человек — от повторного инфаркта миокарда, один от кровоизлияния в мозг, один больной скончался от перитонита, развившегося в связи с перфорацией язвы желудка.

Данные приведенных клинико-лабораторных наблюдений, проведенных в динамике, а также и в отдален-

ные сроки, позволяют прийти к заключению, что новокаин в комплексе других методов терапевтического воздействия является эффективным патогенетическим методом лечения больных грудной жабой. В отличие от сосудорасширяющих средств, действующих кратковременно, он оказывает более продолжительный лечебный эффект. Это свидетельствует о более глубоком влиянии его на организм.

В Ы В О Д Ы:

1. Положительный терапевтический эффект после проведенной новокаиновой терапии у 185 больных грудной жабой наблюдался:

а) у 95,8% больных, получавших внутрикожные и подкожные новокаиновые блокады без параллельного применения других симптоматических лекарственных средств; у 87,2% больных, получавших эти блокады в сочетании с другими лекарствами;

б) у 90% больных, получавших паравертебральные блокады с параллельным применением других лекарств;

в) у 96,3% больных при внутриартериальных вливаниях новокаина с параллельным применением других лекарственных средств;

г) значительно ниже эффективность новокаиновой терапии отмечалась при внутривенном введении раствора новокаина с параллельным применением других медикаментозных средств; положительный результат наблюдался здесь у 77,8% больных;

д) в контрольной группе больных, не получавших новокаин, лечение было эффективно у 76% больных.

2. Для достижения терапевтического эффекта на курс лечения требовалось внутрикожных и подкожных блокад от одной до 12-ти (в среднем 5—6), паравертебральных — от 2-х до 5 (в среднем 3), внутривенных вливаний — от 8 до 15 (в среднем 11), внутриартериальных — от 5 до 15 (в среднем 9—10).

Более выраженный непосредственный положительный терапевтический эффект наблюдался при внутрикожных и подкожных блокадах без сочетания с другими лекарствами, а также и при внутриартериальном введении новокаина.

3. В случаях, где после 3—5 внутривенных и подкожных или 2—3 паравerteбральных блокад, 4—5 внутривенных, 6—8 внутривенных вливаний заметных сдвигов в сторону улучшения не наступает продолжение новокаиновой терапии является, по нашему мнению, нецелесообразным.

Новокаиновая терапия менее эффективна у больных с более выраженным нарушением венозного кровообращения (стенокардия покоя, инфаркт миокарда в прошлом и др.):

У этих больных наблюдается и более раннее обострение приступов грудной жабы в отдаленные сроки. При стенокардии покоя рецидив ангинозных болей до 3-х месяцев наступил у 73,1% больных, при стенокардии напряжения — у 26,8% больных.

4. Электрокардиографические изменения после лечения новокаином характеризовали собой некоторое улучшение коронарного кровообращения, однако эти изменения мало отличались от тех данных, которые были получены в контрольной группе больных.

5. Наблюдения в отдаленные сроки показали, что в контрольной группе ангинозных болей не было свыше 3-х месяцев лишь у 2-х больных, тогда как у больных, получавших новокаиновую терапию, боли не возникали более длительный период времени (от 4-х до 32 месяцев) у 53,7% больных.

6. Уровень холестерина крови, определявшийся у 178 больных, оказался повышенным (от 200 до 455 мг%) у 52,8% больных. Средняя арифметическая общего холестерина, рассчитанная по каждой из пяти групп больных, колебалась до лечения новокаином в пределах от $185,2 \text{ мг}\% \pm 5,5$ до $252,8 \text{ мг}\% \pm 13,9$.

После новокаиновой терапии холестерин крови снизился у 21,9% больных, повысился — у 18,9%. Однако эти изменения содержания холестерина существенно не отразились на его уровне. Средняя арифметическая, рассчитанная также по каждой из 5 групп, колебалась после проведенного лечения новокаином в пределах от $190,9 \text{ мг}\% \pm 6,1$ до $242,0 \text{ мг}\% \pm 12,2$.

Примерно подобные колебания уровня холестерина выявлены у 34,7% больных контрольной группы, не получавших лечения новокаином.

7. Повышенный уровень протромбина, определявший-

ся до лечения у 47,9% больных, снизился после лечения до 6,7% как у больных, получавших новокаиновые блокады, так и в контрольной группе. Гиперпротромбинемия определялась чаще всего у больных с более выраженным коронарным атеросклерозом и с более частыми приступами стенокардии. Снижение уровня протромбина наблюдалось преимущественно в случаях с высокими исходными цифрами. Такое почти равномерное снижение уровня протромбина во всех шести группах больных объясняется, по-видимому, прекращением или уменьшением приступов грудной жабы в результате лечения.

8. Вязкость крови до лечения определялась нормальной у 50,5% мужчин и 82,9% женщин, понижение ее было у 47,6% мужчин и 13,2% женщин, незначительное повышение — у 1,9% мужчин и 3,9% женщин. После лечения показатели средней арифметической вязкости крови во всех наблюдаемых нами группах больных повысились в сравнении с исходными, но они не выходили за пределы нормальных цифр.

9. Проведенная терапия способствовала удлинению времени свертываемости крови. Средняя арифметическая его до лечения новокаином колебалась в пределах от 460,4 сек. \pm 22,2 до 545,9 сек. \pm 12,2, после лечения — от 510,6 сек. \pm 20,3 до 593,2 сек. \pm 9,7. В контрольной группе время свертываемости крови удлинилось в среднем после лечения на 52,6 сек. (от 460,6 сек. \pm 17,0 до 513,2 сек. \pm 15,1).

У больных с ускоренным временем свертываемости крови в 59% случаев был повышен и уровень протромбина.

10. Побочные проявления от введения новокаина наблюдались у 49,2% больных.

Чаще они выявлялись при паравертебральных блокадах (у 70% больных), реже — после внутривенных вливаний (у 40,7% больных), после внутрикожных и подкожных блокад без сочетания с другими лекарствами у 45,8%, после этих же блокад в сочетании с другими лекарствами — у 46,2% больных, после внутриартериальных вливаний — у 55,5% больных.

У женщин побочные реакции наблюдались примерно в два раза чаще, чем у мужчин (69,7% и 31,3%).

Характер и интенсивность возникающих побочных ре-

акций не требовали с нашей стороны особых вмешательств, они также не оказывали отрицательного влияния на непосредственный результат лечения.

11. Наши клинико-лабораторные наблюдения, проведенные в динамике, а также и в отдаленные сроки, позволяют считать, что новокаиин в комплексе других методов терапевтического воздействия является эффективным патогенетическим методом лечения больных грудной жабой.

ОПУБЛИКОВАННЫЕ РАБОТЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДИССЕРТАЦИИ

1. О лечении грудной жабы новокаиновыми блокадами. Работы практических врачей Дальневосточной железной дороги. Хабаровск, 1959.

2. О лечении больных грудной жабой внутрикожными новокаиновыми блокадами. Труды Хабаровского медицинского института. Сборник XXI, 1961.

3. К вопросу о лечении грудной жабы новокаиновыми блокадами. Труды Хабаровского медицинского института. том XXIII, вып. I, 1962.

4. Наблюдения в отдаленные сроки за больными грудной жабой, лечеными новокаиновыми блокадами. Труды Хабаровского медицинского института, том XXIV, выпуск 2, 1964, стр. 49—54.

5. Отдаленные наблюдения за больными грудной жабой, лечеными новокаиновыми блокадами. Материалы XXI научной сессии. Хабаровск, 1964, стр. 14.

