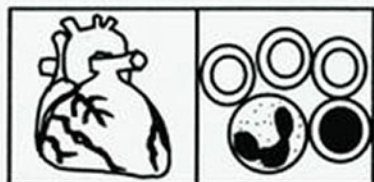

РУКОВОДСТВО



А. Н. Окороков

**ЛЕЧЕНИЕ
БОЛЕЗНЕЙ
ВНУТРЕННИХ
ОРГАНОВ**

УДК 616.1/4
ББК 54.1
О-51

Рецензент: профессор Н. Е. Федоров

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Автор, редакторы и издатели приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств, а также схем применения технических средств. Однако эти сведения могут изменяться. **Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных и технических средств.**

О-51 **Окороков А. Н.** Лечение болезней внутренних органов: Т. 3, кн. 2. Лечение болезней сердца и сосудов. Лечение болезней системы крови. — М.: Мед. лит., 2021.— 474 с.: ил.

ISBN 978-5-89677-003-9

Во второй книге третьего тома завершено начатое в первой книге изложение лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также рассмотрено лечение болезней системы крови.

Для терапевтов и врачей других специальностей.

УДК 616.1/4
ББК 54.1

ISBN 978-5-89677-003-9 (том 3, кн. 2)
ISBN 978-5-89677-011-1

Окороков А. Н., 2021
Изд. Плешков Ф. И.,
изд. Чернин Б. И., дополнения,
электронная версия, 2021

Содержание

Лечение болезней сердца и сосудов

<i>Лечение нейроциркуляторной дистонии</i>	1
1. Этиологическое лечение	3
2. Рациональная психотерапия, аутотренинг	4
3. Нормализация нарушенных функциональных взаимоотношений лимбической зоны мозга, гипоталамуса и внутренних органов	5
4. Снижение повышенной активности симпатoadреналовой системы	8
5. Фитотерапия	9
6. Физиолечение, бальнеотерапия, массаж, иглорефлексотерапия	13
7. Симптоматическое лечение	18
8. Общеукрепляющая и адаптационная терапия	22
9. Обучение методике самоуправления	27
10. Санаторно-курортное лечение	29
<i>Лечение вегетососудистых кризов у больных нейроциркуляторной дистонией</i>	30
1. Лечение симпатoadреналового криза	30
2. Лечение вагоинсулярного криза	31
3. Лечение вегето-сосудистых кризов смешанного типа	33
<i>Лечение нейроциркуляторной (первичной) артериальной гипотензии</i>	34
1. Этиологическое лечение	34
2. Рациональная психотерапия и аутотренинг	34
3. Общеукрепляющая и адаптационная терапия	35
4. Нормализация нарушенных функциональных взаимоотношений лимбической зоны мозга и гипоталамуса	35
5. Фитотерапия	36
6. Физиолечение, бальнеотерапия, массаж, иглорефлексотерапия	38
7. Лечение препаратами, стимулирующими центральную нервную систему и сосудодвигательный центр	42
8. Лечение холинолитиками	43
9. Санаторно-курортное лечение	43
<i>Лечение гипертонической болезни и симптоматической артериальной гипертензии</i>	44
1. Устранение отрицательных психоэмоциональных и психосоциальных стрессовых ситуаций	50
2. Немедикаментозные методы лечения	50
2.1. Лечебное питание	50
2.2. Нормализация массы тела	54
2.3. Ограничение потребления алкоголя и прекращение курения	56
2.4. Регулярные динамические физические нагрузки	56
2.5. Психорелаксация, рациональная психотерапия	58

2.6.	Иглорефлексотерапия	60
2.7.	Точечный массаж и шиацу-терапия	61
2.8.	Физиотерапевтическое лечение	64
2.9.	Гипоксические тренировки	70
2.10.	Фитотерапия	70
3.	Медикаментозная гипотензивная терапия	75
3.1.	Лечение β -адреноблокаторами	76
3.2.	Лечение диуретиками	86
3.3.	Лечение антагонистами кальция	98
3.4.	Лечение ингибиторами АПФ	106
3.5.	Антагонисты рецепторов ангиотензина II	113
3.6.	Прямые вазодилататоры	114
3.7.	α -Адреноблокаторы	115
3.8.	α 2-Агонисты центрального действия	118
3.9.	Симпатолитики	123
3.10.	Активаторы калиевых каналов	125
3.11.	Вазоактивные простагландины и стимуляторы синтеза простациклина	126
3.12.	Прочие гипотензивные средства	127
3.13.	Влияние гипотензивных средств на гипертрофию миокарда левого желудочка	128
3.14.	Современная тактика применения гипотензивных средств ..	128
4.	Улучшение церебрального кровотока (лечение цереброангиокорректорами)	153
5.	Лечение осложнений гипертонической болезни	154
6.	Экстракорпоральное и хирургическое лечение	154
7.	Санаторно-курортное лечение	155
8.	Диспансеризация больных гипертонической болезнью	157
9.	Временная нетрудоспособность больных гипертонической болезнью	159
	Лечение симптоматических артериальных гипертензий	161
	Лечение гипертонического криза	164
1.	Экстренное купирование гипертонического криза	166
2.	Дифференцированная экстренная терапия гипертонического криза	173
2.1.	Гипертоническая энцефалопатия	173
2.2.	Гипертонический криз при субарахноидальном кровоизлиянии	174
2.3.	Гипертонический криз при внутричерепном кровоизлиянии	175
2.4.	Гипертонический криз при остром ишемическом инсульте ..	176
2.5.	Гипертонический криз с острой левожелудочковой недостаточностью	177
2.6.	Гипертонический криз, осложнившийся острой коронарной недостаточностью	178

2.7. Лечение гипертонического криза, осложнившегося расслаиванием аорты.....	178
2.8. Гипертонический криз при эклампсии.....	180
2.9. Гипертонический криз при феохромоцитоме	181
3. Неэкстренное (в течение нескольких часов) купирование гипертонического криза	181
4. Особенности лечения некоторых клиникопатогенетических форм гипертонических кризов.....	182
5. Лечение гипоталамического криза симпатикотонического характера.....	184
6. Лечение гипертонических кризов с учетом центральной гемодинамики.....	185
7. Лечение гипертонических кризов у лиц пожилого возраста	186
8. Лечение гипертонического криза с учетом нарушений церебральной гемодинамики.....	186
Лечение нарушений сердечного ритма и проводимости.	188
Общие принципы лечения аритмий.....	188
1. Классификация антиаритмических препаратов	191
2. Характеристика антиаритмических препаратов	194
2.1. Блокаторы быстрых натриевых каналов (мембраностабилизирующие средства)	194
2.2. Блокаторы β -адренорецепторов	215
2.3. Антиаритмические средства, увеличивающие потенциал действия и замедляющие реполяризацию (блокаторы калиевых каналов)	220
2.4. Антиаритмические средства IV класса — блокаторы медленных кальциевых каналов.....	226
2.5. Другие антиаритмические средства.....	228
3. Аритмогенное действие антиаритмических средств	234
4. Взаимодействие антиаритмических препаратов друг с другом.....	238
5. Комбинированное применение антиаритмических средств	239
6. Взаимодействие антиаритмических препаратов с другими средствами	243
7. Общие рекомендации по лечению аритмий сердца	245
Частные вопросы лечения аритмий.....	249
1. Лечение нарушений функции автоматизма.....	249
1.1. Лечение синусовой тахикардии	249
1.2. Лечение синусовой брадикардии.....	249
1.3. Лечение синусовой аритмии	251
1.4. Лечение остановки синусового узла.....	251
1.5. Лечение асистолии предсердий.. ..	252
1.6. Лечение синдрома слабости синусового узла.....	252
1.7. Лечение пассивных эктопических комплексов или ритмов..	255
2. Лечение активных эктопических комплексов или ритмов	256

2.1. Лечение экстрасистолической аритмии	256
2.2. Лечение парасистолии	268
2.3. Лечение пароксизмальной тахикардии	269
2.4. Лечение непароксизмальной тахикардии	288
2.5. Лечение мерцания и трепетания предсердий.....	289
2.6. Лечение трепетания и фибрилляции желудочков.....	306
3. Лечение нарушений функции проводимости	306
3.1. Лечение синоаурикулярной блокады	307
3.2. Лечение внутрипредсердной блокады	308
3.3. Лечение атриовентрикулярных блокад	308
3.4. Лечение синдрома Морганьи-Адамс-Стокса.....	313
3.5. Лечение внутривентрикулярной блокады.....	314

Лечение болезней системы крови

<i>Лечение анемий</i>	317
<i>Лечение железодефицитной анемии</i>	317
1. Устранение этиологических факторов	317
2. Лечебное питание	319
3. Лечение железосодержащими препаратами.....	321
4. Профилактика железодефицитной анемии	326
<i>Лечение железонасыщенных (сидероахрестических) анемий.....</i>	329
<i>Лечение В₁₂-дефицитной и фолиеводефицитной анемии.....</i>	330
<i>Лечение гипопластических (апластических) анемий.....</i>	334
<i>Лечение парциальной красноклеточной аплазии кроветворения .</i>	342
<i>Лечение гемолитических анемий</i>	343
<i>Лечение наследственных гемолитических анемий</i>	343
<i>Лечение приобретенной аутоиммунной гемолитической анемии</i>	346
<i>Лечение пароксизмальной ночной гемоглобинурии</i>	349
<i>Лечение гемолитического криза</i>	351
<i>Лечение агранулоцитоза</i>	353
<i>Лечение порфирий</i>	356
<i>Лечение лейкозов</i>	359
<i>Печение острых лейкозов</i>	359
1. Лечебный режим.....	361
2. Цитостатическая терапия.....	361
3. Дезинтоксикационная и противорвотная терапия.....	379
4. Предотвращение синдрома "властного лизиса".....	381
5. Иммунотерапия.....	381
6. Трансплантация костного мозга	382
7. Лечение инфекционных осложнений.....	383
8. Лечение анемии	384
9. Лечение геморрагического синдрома	384
10. Лечение цитостатической болезни	385

Лечение миелодиспластического синдрома	389
Лечение хронических лейкозов	393
1. Лечение хронического миелолейкоза	393
2. Лечение сублейкемического миелоза (первичного миелофиброза)	401
3. Лечение миеломоно- и моноцитарного лейкозов	404
4. Лечение хронического мегакариоцитарного лейкоза	405
5. Лечение истинной полицитемии	405
6. Лечение хронического лимфолейкоза	415
7. Лечение "волосатоклеточного" лейкоза	420
8. Лечение парапротеинемических гемобластозов	421
Лечение геморрагических диатезов	427
Лечение идиопатической тромбоцитопенической пурпуры	428
Лечение гемофилии	435
Лечение геморрагического васкулита	447
Лечение синдрома ДВС	456
Лечение острого синдрома ДВС	459
1. Лечение в I (гиперкоагуляционной) стадии	459
2. Лечение во II (промежуточной) стадии	464
3. Лечение в III (гипокоагуляционной) стадии	465
4. Лечение подострой формы синдрома ДВС	466
Лечение подострой формы синдрома ДВС	466
Лечение хронических и рецидивирующих форм синдрома	466

Лечение нейроциркуляторной дистонии

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) — функциональное заболевание сердечно-сосудистой системы, проявляющееся многочисленными сердечно-сосудистыми, респираторными и вегетативными расстройствами, астенизацией, плохой переносимостью стрессовых ситуаций и физических нагрузок, отличающееся доброкачественным течением, хорошим прогнозом, не приводящее к кардиомегалии и сердечной недостаточности.

НЦД — полиэтиологическое заболевание. Среди этиологических факторов выделяют *предрасполагающие* и *вызывающие*. Из предрасполагающих факторов наибольшее значение имеют наследственно-конституциональные особенности личности и организма, неблагоприятные социально-экономические условия, периоды гормональной перестройки организма. К вызывающим факторам относятся психогенные (острые и хронические нервно-эмоциональные стрессы, ятрогения), физические и химические (переутомление, гиперинсоляция, ионизирующая радиация, воздействие повышенной температуры, вибрация, гиподинамия, хронические интоксикации, злоупотребление алкоголем), дисгормональные (периоды гормональной перестройки, беременность, аборт, дисовариальные расстройства), инфекция (хронический тонзиллит, хроническая инфекция верхних дыхательных путей, острые или рецидивирующие респираторные заболевания).

Приступая к лечению НЦД, необходимо провести тщательную дифференциальную диагностику и быть уверенным в диагнозе этого заболевания.

Приводим *диагностические критерии* нейроциркуляторной дистонии (В. И. Маколкин, С. А. Аббакумов, 1996).

А. Основные критерии

1. Своеобразные кардиалгии, свойственные только НЦД или невротическим состояниям; они характеризуются следующими особенностями:
 - локализуются в прекардиальной области или непосредственно в области верхушечного толчка;
 - имеют ноющий, щемящий характер, небольшую интенсивность;
 - отсутствует непосредственная связь возникновения боли с физическим усилием, положением тела, приемом пищи;
 - возникновение или усиление болей связано с эмоциональными факторами, переутомлением, метеофакторами, предменструальным периодом;

- боли успокаиваются после приема валокордина, корвалола, транквилизаторов.
- 2. Характерные дыхательные расстройства в виде ощущения “недостатка воздуха” (особенно при волнениях, пребывании в душном помещении), форсированных глубоких вдохов (“тоскливые вздохи”), снижения максимальной легочной вентиляции и увеличения остаточного объема воздуха. В некоторых случаях возникают “дыхательные кризы” с выраженным тахипноэ (до 40-50 в мин), что сопровождается резким уменьшением глубины вдоха, страхом, головокружением, дрожью, сердцебиением, колебаниями АД.
- 3. Чрезвычайная лабильность пульса и АД.
- 4. Изменения конечной части желудочкового комплекса ЭКГ в виде негативных зубцов Т (“неспецифических”, несимметричных), преимущественно в правых грудных отведениях; наложения зубца U на зубец Т, а также синдрома ранней реполяризации желудочков.
- 5. Характерная лабильность зубца Т и сегмента ST при проведении функциональных проб (инверсия зубца Т при проведении ортостатической и гипервентиляционной проб, возможна депрессия сегмента ST). При наличии исходно негативных зубцов Т характерна их временная реверсия при проведении велоэргометрической пробы, изадринового теста, пробы с хлоридом калия или β -адреноблокаторами.

Б. Дополнительные критерии

1. Признаки гиперкинетического состояния кровообращения.
2. Вегетативно-сосудистые симптомы (вегетативно-сосудистые “кризы”, головокружения, головные боли, субфебрилитет, температурные асимметрии, миалгии, гиперталгезии, чувство внутренней дрожи).
3. Психоэмоциональные расстройства в виде тревожности, беспокойства, раздражительности, кардиофобии; нарушения сна.
4. Астенический синдром (слабость, низкие значения максимального потребления кислорода, сниженная толерантность к физической нагрузке).
5. Доброкачественность течения без признаков формирования грубой патологии сердечно-сосудистой системы, неврологических и психических расстройств.

Достоверный диагноз НЦД устанавливается при наличии двух или более основных и не менее двух дополнительных критериев.

Лечебная программа при НЦД:

1. Этиологическое лечение.
2. Рациональная психотерапия и аутотренинг.

3. Нормализация нарушенных функциональных взаимоотношений лимбической зоны мозга, гипоталамуса и внутренних органов.
4. Снижение повышенной активности симпатoadреналовой системы.
5. Фитотерапия.
6. Физиолечение, бальнеотерапия, массаж, иглорефлексотерапия.
7. Симптоматическое лечение.
8. Общеукрепляющие мероприятия (рациональное питание, здоровый образ жизни, ЛФК, климатотерапия, закаливание). Адаптационная терапия.
9. Обучение методике самоуправления.
10. Санаторно-курортное лечение.

1. Этиологическое лечение

Этиологическое лечение НЦД должно осуществляться в соответствии с этиологическими формами болезни, представленными в классификации В. И. Маколкина (1991, 1995) (табл. 1).

Устранение этиологического фактора в ряде случаев способствует значительному улучшению состояния больного, уменьшению рецидивов болезни и даже нередко полному выздоровлению.

При психогенной (невротической) форме необходимо устранить воздействие психоэмоциональных и психосоциальных стрессовых ситуаций (нормализовать семейно-бытовые отношения, устранить конфликтные ситуации на работе, нормализовать отношения с друзьями, коллегами и т.д.).

При инфекционно-токсической форме НЦД важная роль принадлежит тщательной санации полости рта, лечению хронических очагов носоглоточной инфекции, своевременной (по показаниям!) тонзиллэктомии.

При НЦД, обусловленной физическими и профессиональными факторами, необходимо полное исключение профессиональных вредностей, а в некоторых случаях даже рациональное трудоустройство.

При НЦД, связанной с физическим перенапряжением, необходимо исключить чрезмерные физические нагрузки (например, слишком интенсивные спортивные тренировки) с последующим постепенным и оптимальным расширением режима физической активности.

Табл. 1. Рабочая классификация НЦД

Этиологические формы	Клинические синдромы	Степень тяжести
Эссенциальная (наследственно-конституциональная)	Кардиалгический Тахикардальный Астенический	Легкая Средняя Тяжелая
Психогенная (невротическая)	Периферические сосудистые нарушения (в том числе вегетативные кризы)	
Связанная с физическим перенапряжением	Респираторные расстройства	
Обусловленная физическими и профессиональными факторами	Миокардиодистрофия	
Инфекционно-токсическая		
Смешанная		

При НЦД, связанной с очевидными гормональными расстройствами у женщин, необходимо (совместно с гинекологом-эндокринологом) проводить лечение половыми гормонами.

При вторичных НЦД, развивающихся на фоне заболеваний органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой сферы, в первую очередь необходимо проводить лечение этих заболеваний, что улучшает течение НЦД.

2. Рациональная психотерапия, аутотренинг

Рациональная психотерапия является важнейшим методом лечения больных НЦД. Нередко она может быть значительно эффективнее, чем медикаментозное лечение. Лечащий врач или психотерапевт должны объяснить больному суть заболевания и основных симптомов, обязательно подчеркнуть их доброкачественность, благоприятный прогноз и возможность полного выздоровления. Психотерапия может проводиться индивидуально и в группах больных, страдающих НЦД. В некоторых случаях психотерапию целесообразно проводить в присутствии близких родственников больного с тем, чтобы проинформировать их о сути заболевания и возможности его излечения.

Большая роль в выздоровлении больного принадлежит самовнушению. Больного следует научить формулам самовнушения, позволяющим уменьшить или устранить неприятные субъективные проявления болезни. Самовнушение должно сочетаться с аутотренингом по методике Шульца и миорелаксацией. Методы аутотренинга и миорелаксации подробно изложены в соответствующих руководствах.

При очень упорном течении НЦД возможно использование внушения в гипнотическом состоянии.

Важную роль в лечении НЦД играет эстетотерапия — лечение с использованием живописи, театра, музыки, художественной литературы оптимистического направления.

3. Нормализация нарушенных функциональных взаимоотношений лимбической зоны мозга, гипоталамуса и внутренних органов

В патогенезе НЦД ведущую роль играют нарушения лимбической и гипоталамической систем, что в свою очередь ведет к дисфункции вегетативной нервной системы, прежде всего к активации симпатoadреналовой системы, микроциркуляторным нарушениям и другим проявлениям болезни. Нормализацию этих нарушенных регулирующих отношений на уровне лимбической зоны мозга и гипоталамуса можно рассматривать как одно из направлений патогенетической терапии.

3.1. Применение валерианы и травы пустырника

Валериана и трава пустырника обладают не только успокаивающим действием, но и “стволовым” эффектом, т.е. нормализуют функцию ствола мозга и гипоталамуса.

Корень валерианы или трава пустырника принимаются в виде настоев (из 10 г на 200 мл воды) по $\frac{1}{4}$ стакана 3 раза в день и на ночь в течение 3-4 недель.

3.2. Лечение транквилизаторами

Транквилизаторы обладают антиневротическими свойствами, снимают чувство страха, тревоги, эмоциональной, психической напряженности. Наиболее часто применяются следующие препараты.

Элениум (напотон, хлосепид) — назначается по 0.005-0.01 г 2-3 раза в день.

Сибазон (диазепам, седуксен, реланиум) — назначается в дозе 2.5-5 мг 2-3 раза в день, при выраженном чувстве страха разовая доза может быть повышена до 10 мг; препарат снижает также частоту симпатoadреналовых кризов.

Феназепам — является высокоактивным транквилизирующим препаратом, рекомендуется принимать по 0.5 мг 2-3 раза в день.

Нозепам (оксазепам, тазепам) — принимается по 0.01 г 2-3 раза в день.

Мезапам (рудотель) — принимается по 0.01 г 2-3 раза в день.

Триоксазин — “дневной” транквилизатор, принимается по 0.3 г 3 раза в день.

Мебикар — обладает транквилизирующими свойствами, но не имеет миорелаксирующего и снотворного эффекта, не мешает рабочему процессу днем. Назначается по 0.3-0.6 г 2-3 раза в день.

Грандаксин — по действию близок к мебикару, применяется по 0.05-0.1 г 2-3 раза в день.

Транквилизаторы принимаются в течение 2-3 недель, они особенно показаны в предвидении стрессовых ситуаций. Следует помнить, что длительное и в больших дозах применение транквилизаторов нецелесообразно, так как может сделать больного безынициативным, пассивным. Кроме того, на фоне длительного лечения транквилизаторами иногда бывает трудно принять быстрое ответственное решение в экстренной ситуации.

3.3. Комбинированные препараты беллоид и белласпон

Беллоид и белласпон уменьшают возбудимость центральных и периферических адренергических и холинергических структур, оказывают успокаивающее и нормализующее влияние на гипоталамическую зону мозга. Они являются своего рода “вегетативными корректорами”, нормализуя функцию обоих отделов вегетативной нервной системы.

Беллоид — в 1 таблетке препарата содержится 0.03 г барбамила, 0.1 мг алкалоидов белладонны, 0.3 мг эрготоксина. Назначается по 1 таблетке 2-3 раза в день.

Беллатаминал (белласпон) — 1 таблетка содержит 0.02 г фенобарбитала, 0.3 мг эрготамина, 0.3 мг алкалоидов белладонны. Назначается по 1-2 таблетки 2-3 раза в день.

Препараты противопоказаны при глаукоме, беременности, выраженных явлениях церебрального атеросклероза.

3.4. Антидепрессанты

Учитывая важную роль в развитии ЦНС нарушений лимбической зоны мозга, определяющей эмоциональный статус, и явное преобладание при НЦД отрицательно окрашенных эмоций, в комплексной терапии больных следует предусмотреть применение антидепрессантов. Они показаны прежде всего при депрессии. Важно помнить, что нередко бывают маскированные депрессии, когда депрессия маскируется разнообразными соматоневрологическими нарушениями. Такую маскированную (первичную) депрессию следует отличать от вторичной депрессии при НЦД.

Применение антидепрессантов должно быть дифференцированным (А. В. Вейн, 1995). В случае тревожной, ажитированной депрессии показан *амитриптилин* (триптизол) по 50-75 мг/сут; при астенических формах депрессии — *имипрамин* (имизин, мелипрамин) по 50-100 мг/сут. При выраженных ипохондрических явлениях назначают *терален* по 20-40 мг/сут, *меллерил* по 30-50 мг в сутки. При нетяжелой депрессии можно применить *азафен* в дозе 0.075-0.125 г в сутки. В ряде случаев эффективно сочетанное при-

менение транквилизаторов и антидепрессантов. Дозы антидепрессантов должны быть индивидуально подобранными, их следует “титровать”, начиная от малых ($1/2$ таблетки на прием) и постепенно повышая до оптимальных. Лечение продолжается около 4-6 недель (иногда 8-10 недель и дольше). По мере уменьшения депрессии дозы антидепрессанта снижаются.

3.5. Ноотропные препараты

Ноотропные препараты являются нейрометаболическими средствами, они улучшают энергетические процессы и кровоснабжение мозга, повышают его устойчивость к гипоксии. Эти лекарственные средства активируют интеллектуальные функции головного мозга, улучшают память, что особенно важно для больных НЦД, занимающихся интеллектуальными видами трудовой деятельности.

Ноотропные препараты особенно показаны больным НЦД при наличии в клинической картине признаков адинамии, астенических, ипохондрических нарушений. Они могут быть применены как вспомогательные средства при лечении депрессивных состояний, резистентных к антидепрессантам.

Пирацетам (ноотропил) — назначается в капсулах или таблетках по 0.4 г 3 раза в сутки в течение 4-8 недель. При необходимости можно повысить дозу до 0.8 г 3 раза в день.

3.6. Цереброангиокорректоры

Цереброангиокорректоры нормализуют мозговое кровообращение, что положительно влияет на функциональное состояние лимбической зоны мозга и гипоталамуса. Эти средства особенно целесообразны при церебральных ангиодистонических головных болях, головокружениях, сопутствующем шейном остеохондрозе.

Кавинтон (винпацетин) — применяется в таблетках по 0.005 г по 1-2 таблетки 3 раза в день в течение 1-2 месяцев.

Стугерон (циннаризин) — назначается в таблетках по 0.025 г по 1-2 таблетки 3 раза в день в течение 1-2 месяцев.

Даларгин — аналог опиодных пептидов-энкефалинов, обладает болеутоляющим и антидепрессантным действием и способен нормализовать церебральную гемодинамику.

Препарат выпускается в ампулах, содержащих 0.001 г лиофилизированного порошка. Содержимое ампулы разводят в 1 мг изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутримышечно 2 раза в день в течении 3-4 недель. Даларгин обладает также способностью ускорять заживление язв желудка и двенадцатиперстной кишки, а также оказывает гипотензивный эффект. Можно применять даларгин в виде электрофореза. Анод смачивается раствором даларгина, содержащим в 1 мл 1 мг препарата, накладывается на рефлексогенные зоны C_{IV}-D_{II}, D_{VIII}-L_{II}. Плотность тока в первой процедуре 0.06 мА/см², длительность — 20 мин. В дальнейшем

можно увеличивать плотность тока на 0.02 мА. Курс лечения — 12-15 процедур. Положительное влияние оказывает также интраназальный электрофорез даларгина.

4. Снижение повышенной активности симпатoadреналовой системы

Нормализация тонуса симпатoadреналовой системы является патогенетическим методом лечения наиболее частого гипертензивного варианта НЦД, характеризующегося высокой симпатoadреналовой активностью. С этой целью применяют β -адреноблокаторы.

Безусловные показания к назначению β -адреноблокаторов:

- тахикардия (число сокращений сердца в 1 мин 90 и более и увеличение до 120 в 1 мин в ортостазе, при эмоциональном и физическом напряжении, приеме пищи);
- частые симпатoadреналовые кризы.

Относительные показания к назначению β -адреноблокаторов:

- склонность к тахикардии и повышению АД;
- пароксизмальные нарушения сердечного ритма, экстрасистолическая аритмия;
- выраженные кардиалгии на фоне склонности к тахикардии;
- изменения конечной части ЭКГ в виде сглаженного, сниженного или отрицательного зубца Т с положительной динамикой после пробы с β -адреноблокаторами;
- сниженная толерантность к физической нагрузке в сочетании с тенденцией к повышению АД.

Наиболее часто применяется *анаприлин* (индерал, обзидан) в суточной дозе от 40 до 120 мг, дозы подбираются индивидуально в зависимости от уровня АД, частоты пульса, индивидуальной переносимости. Курс лечения β -адреноблокаторами длится от 2 недель до 5-6 месяцев, в среднем 1-2 месяца. После достижения терапевтического эффекта дозу снижают вдвое или втрое. В периоды значительного улучшения или нормализации состояния β -адреноблокаторы можно отменить.

У женщин больший эффект можно наблюдать от лечения *тразикаром* (0.02-0.04 г 3 раза в день) или *корданумом* (0.05 г 3-4 раза в день).

Противопоказания к назначению β -адреноблокаторов:

- брадикардия;
- артериальная гипотензия;
- синдром слабости синусового узла;
- нарушения атриовентрикулярной проводимости;

Сбор № 4

Сушеница болотная (трава)	15 г	2 столовые ложки сбора залить 1 стаканом кипятка, настоять 5-6 ч (лучше в термосе), процедить. Принимать по 2 столовых ложки 4 раза в день после еды.
Астрагал (трава)		
Донник (трава)	20 г	
Хвощ полевой (трава)	20 г	

- явления бронхиальной обструкции;
- индивидуальная плохая переносимость β-адреноблокаторов.

5. Фитотерапия

Фитотерапия способствует нормализации гипоталамо-висцеральных взаимоотношений, деятельности сердечно-сосудистой системы, сна. Рекомендуются следующие сборы.

Сбор № 1

Ромашка лекарственная (цветы)	10 г	Две чайные ложки измельченного сбора залить 1 стаканом воды, настоять в течение 3 ч, затем прокипятить, остудить, процедить. Принимать по 40 мл (2.5 столовые ложки) 5 раз в день.
Ландыш майский (цветы)	10 г	
Фенхель (плоды)	20 г	
Мята перечная (листья)	30 г	
Валериана (корень)	40 г	

Сбор № 2

Пустырник (трава)	20 г	1 чайную ложку сбора залить 1 стаканом кипятка, настоять 2 ч, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 4-5 раз в день.
Валериана (корень)	20 г	
Календула (цветки)	20 г	
Тмин (плоды)	20 г	
Укроп (семена)	20 г	

Сбор № 3

Боярышник (цветки)	20 г	1 столовую ложку измельченного и смешанного сбора залить 1 стаканом холодной кипяченой воды, настоять в прохладном месте в течение 3 ч, затем сварить, остудить, процедить. Принимать по 1/4 стакана 4 раза в день за 20 мин до еды.
Ландыш (цветки)	10 г	
Хмель (шишки)	10 г	
Мята перечная (листья)	15 г	
Фенхель (плоды)	15 г	
Валериана (корень)	20 г	

Сбор № 5

Трава пустырника	5 г	2 столовые ложки сбора залить
Трава омелы белой	3 г	2 ¹ / ₂ стакана кипятка (в термосе).
Трава астрагала	2 г	Настаивать 6-8 ч. На следующий
Лист подорожника большо- го	1 г	день принять настой в 3 приема за 20 мин до еды.
Плоды мордовника	1 г	
Цветки липы	1 г	
Трава мелиссы	2 г	
Лист брусники	1 г	
Лист черники	1 г	
Трава тысячелистника	1 г	

При отсутствии возможности приготовить указанные сборы можно принимать настои, приготовленные из следующих растений:

- *настой травы пустырника* (2 столовые ложки травы на 300 мл кипятка) по 1/2 стакана 3 раза в день;
- *настой корня валерианы* — 2 столовые ложки заварить в двух стаканах кипятка, настоять 40 мин, процедить. Принимать по четверти стакана 4-5 раз в день;
- *настой омелы белой* (15 г на 200 мл воды) по 1 столовой ложке 3 раза в день;
- *настой сушеницы болотной* (готовится и принимается как настой травы пустырника).

При выраженной общей слабости, наклонности к низкому АД и при нормальном АД назначаются адаптогены (см. гл. “Лечение нейроциркуляторной артериальной гипотензии”).

Улучшение при фитотерапии наступает через 2-3 недели: нормализуются сон и АД, уменьшается слабость. Однако стойкий эффект достигается лишь в случае длительного и регулярного приема трав (в течение 6-8 месяцев).

Через 1¹/₂-2 месяца на фоне хорошего самочувствия можно делать перерывы на 7-10 дней, а после перерыва по возможности менять сборы. После проведенного курса лечения с профилактической целью (даже при удовлетворительном состоянии) рекомендуется прием сборов в течение 2 месяцев 2 раза в год — весной и осенью.

Е. П. Шмерко и И. Ф. Мазан (1993) рекомендуют при НЦД по гипертоническому типу принимать следующие сборы:

Сбор № 6

Трава пустырника	3.5 г	Мелкоизмельченное растительное сырье перемешать, 2-3 столовые ложки залить 500 мл крутого кипятка. Настаивать 2 ч. Процедить. Добавить по вкусу мед и лимон. Принимать по 1/3 стакана 5-6 раз в
Трава мелиссы	2.5 г	
Цветки и плоды боярышника	1.5 г	
Трава омелы	1 г	
Трава барвинка малого	1.5 г	

Семя овса посевного	5 г	день за 20 мин до еды.
Листья и плоды смородины черной	5 г	
Листья подорожника	2 г	
Цветки ромашки аптечной	2 г	
Цветки календулы	2 г	
Плоды шиповника	5 г	

Сбор № 7

Корневища и корни валерианы	1 г	Готовить и применять, как сбор № 6.
Корневища и корни синюхи	1 г	
Трава хвоща полевого	2 г	
Листья березы	2 г	
Семена укропа	1 г	
Семена овса	5 г	
Цветки календулы	2.5 г	
Цветки ромашки аптечной	2.5 г	
Цветки ландыша	1 г	
Листья и плоды смородины черной	5 г	
Плоды шиповника	5 г	

Сбор № 8

Цветки и плоды боярышника	2 г	Готовить и применять, как сбор № 6.
Плоды тмина обыкновенного	1 г	
Трава руты пахучей	1.5 г	
Трава пустырника	3 г	
Трава мелиссы лекарственной	2 г	
Трава донника лекарственного	1 г	
Цветки бессмертника	2 г	
Семена овса посевного	5 г	
Листья, плоды смородины черной	5 г	
Цветки календулы	3 г	
Трава сушеницы болотной	6 г	
Плоды шиповника	5 г	

Сбор № 9

Трава барвинка малого	4 г	Готовить и применять, как сбор № 6.
Цветки тысячелистника	2.5 г	
Плоды фенхеля	1 г	
Трава мяты	2.5 г	
Трава донника	1.5 г	
Листья березы	2 г	
Семена овса посевного	5 г	
Листья и плоды смородины черной	5 г	
Трава сушеницы	4 г	
Цветки ромашки аптечной	3 г	
Плоды шиповника	5 г	
Плоды рябины	5 г	
Листья одуванчика	3 г	

Одновременно с приемом настоев лекарственных растений внутрь рекомендуется лечение ваннами с добавлением лекарственных трав.

Сбор № 10 (для фитованн)

Трава донника	5 ч	Сырье измельчить, перемешать. Взять 100 г смеси, поместить в эмалированную посуду, залить 3 л кипятка. Настаивать в течение 2 ч. Процедить и вылить настой в ванну. Ванну принимать при температуре 32 °С, длительность ванны 10-15 мин. На курс — 10 ванн.
Трава сушеницы	5 ч	
Трава ромашки аптечной	10 ч	
Трава календулы	10 ч	
Листья березы	5 ч	
Трава пустырника	6 ч	
Листья мать-и-мачехи	5 ч	
Трава укропа	3 ч	
Листья смородины черной	6 ч	
Трава зверобоя	6 ч	

Сбор № 11 (для фитованн)

Трава валерианы	5 ч	Готовить и применять, как сбор № 10.
Трава пустырника	5 ч	
Листья боярышника	5 ч	
Трава сушеницы	10 ч	
Листья ландыша	5 ч	
Листья березы	5 ч	
Трава тимьяна обыкновенного	5 ч	
Трава вереска	5 ч	
Солома овса посевного	10 ч	
Трава мяты	10 ч	

Сбор № 12

Листья подорожника	5 ч	Готовить и применять, как сбор № 10.
Трава донника	5 ч	
Трава пустырника	5 ч	
Трава синюхи	5 ч	
Трава сушеницы	8 ч	
Трава ромашки аптечной	6 ч	
Трава календулы	6 ч	
Трава тысячелистника	5 ч	
Трава зверобоя	5 ч	
Листья смородины черной	6 ч	
Трава тмина обыкновенного	5 ч	

6. Физиолечение, бальнеотерапия, массаж, иглорефлексотерапия

В целях регулирующего воздействия на ЦНС, а также уменьшения проявлений кардиалгического синдрома, экстрасистолической аритмии применяют *электросон*. Для получения успокаивающего эффекта больным с кардиалгическим, гипертензивным, аритмическим синдромами, особенно протекающими на фоне гиперсимпатикотонии, назначают электросон с частотой 10-25 Гц продолжительностью от 20 до 40 мин ежедневно, курс лечения составляет 15 сеансов. При гипотензивном типе НЦД электросон назначают с постепенно возрастающей (через 3-4 сеанса) частотой импульсов (10-20-40 Гц).

Процедуры *электрофореза* при НЦД следует назначать дифференцированно с учетом ведущего клинического синдрома.

При гипертензивном синдроме проводят электрофорез 5-10% раствора натрия или калия бромида, 5% раствора магния сульфата, 1% раствора эуфиллина, 2% раствора папаверина, 1% раствора дибазола, анаприлина (40 мг на процедуру) по методике общего воздействия либо по воротниковой методике.

При гипотензивном синдроме можно применить электрофорез кофеина. Процедуры длительностью 10-20 мин проводят при силе тока 5-7 мА, через день. Курс лечения состоит из 15 процедур.

При выраженной астенизации применяют гальванический анодный воротник по Щербак, длительность процедуры 10-20 мин, через день, курс лечения состоит из 15-20 процедур.

При выраженных проявлениях кардиалгического синдрома рекомендуется электрофорез 5-10% раствора новокаина, 0.5-1% раствора никотиновой кислоты преимущественно по методике общего воздействия или по кардиальной методике (электроды помещают на область сердца и в межлопаточной области). При аритмическом синдроме назначается электрофорез 5% раствора новокаина, 2% раствора панангина или анаприлина по кардиальной методике.

При выраженных клинических проявлениях гипоталамической дисфункции, вегетативно-сосудистых пароксизмах можно рекомендовать интраназальный электрофорез реланиума (седуксена). Курс лечения состоит из 10 процедур.

Следует, однако, подчеркнуть, что у большинства больных НЦД имеется повышенная чувствительность к электропроцедурам, поэтому у многих из них возможно усиление субъективных проявлений НЦД под влиянием электротерапии. В таком случае не следует настаивать на продолжении лечения электропроцедурами.

Положительное влияние на больных НЦД оказывают *водные процедуры*.

Применяют души (дождевой, циркулярный, подводный, душ-массаж), обливания, сухие и влажные укутывания. Выраженное седативное действие оказывают ванны валериановые, хвойные, кислородные, азотные и жемчужные (температура 36-37 °С) продолжительностью от 8 до 15 мин. Ванны назначаются через день, курс лечения состоит из 10-12 ванн. Важно варьировать температуру воды в ванне в зависимости от индивидуальных особенностей больного. При резком преобладании процессов возбуждения, кардиальном и аритмическом типах НЦД показаны гидропроцедуры индифферентной температуры (35-36 °С), при гипотензивном — более низких температур (32-33 °С).

При гипертензивном и кардиальном типах НЦД рекомендуются ванны радоновые, сероводородные (концентрация сероводорода 1.8 ммоль/л), йодобромные; при гипотензивном варианте — углекислые (18-20 ммоль/л), йодобромные; при вазомоторном синдроме — сероводородные и углекислые. Температура воды во всех ваннах 35-36 °С, продолжительность 8-15 мин, ванны назначаются через день, курс лечения — 10 ванн.

При выраженном преобладании процессов возбуждения лучшее действие оказывают радоновые и азотные ванны, при выраженной астенизации — углекислые. Радоновые и йодобромные ванны целесообразны также при остеохондрозе.

При преобладании церебральных симптомов в качестве отвлекающей процедуры рекомендуются местные ванны: ножные (пресные, горчичные), температура воды в ванне 40-42 °С, продолжительность — 10-15 мин; ванны по Гауффе продолжительностью до 15 мин с доведением температуры до 45 °С; курс лечения состоит из 10-15 процедур. С этой же целью назначают “парафиновые” сапожки (температура парафина 50-55 °С) по 20-30 мин через день, курс — 10 процедур (Л. Е. Михно, К. Д. Бабов, 1995).

В настоящее время в лечении больных НЦД получает распространение *аэроионотерапия* (Г. М. Покалев, 1994).

Используются аэроионизаторы для индивидуального (“Рига”) и коллективного пользования (электроэфлювиальный аэроионизатор “плафон Чижевского”). В процессе ионизации воздуха образуются аэроионы отрицательного и положительного знаков с коэффициентом их униполярности 0.1-0.2 с преимущественным ко-

личеством аэроионов отрицательного знака. Больные находятся на расстоянии 70-100 см от прибора, продолжительность сеанса 20-30 мин, в течение этого времени больной вдыхает воздух, заряженный отрицательными ионами. Курс лечения составляет 12-14 сеансов. Под влиянием аэроионотерапии отмечаются снижение АД (на 5-20 мм рт. ст.), урежение сердечных сокращений, повышение газообмена, увеличение потребления кислорода, исчезновение бессонницы, уменьшение головных болей, слабости.

Массаж оказывает положительное влияние на больных НЦД. Большим полезен общеукрепляющий массаж, рекомендуется осторожный (щадящий) массаж шейного и грудного отделов позвоночника при остеохондрозе межпозвоночных дисков этих отделов.

Эффективным методом лечения НЦД является *точечный массаж*, который может выполнить сам больной и его родственники. Приводим рекомендации по точечному массажу В. С. Ибрагимовой (1983).

При холодных ногах проводят массаж точек первой группы (см. ниже). Воздействие на точки 1, 2, 6, 7, 9 проводится возбуждающим методом, приемом глубокого надавливания с вращением по ходу часовой стрелки и вибрацией в течение ½-1 мин. Воздействие на точки 3-5, 8, 10, 11 производится успокаивающим методом, приемом легкого надавливания с вращением в течение 2-5 мин.

Точки первой группы.

Точка 1 — симметричная, находится на подошвенной поверхности в ямке, которая образуется при сгибании пальцев. Массировать поочередно справа и слева в положении сидя.

Точка 2 — симметричная, находится на 3 мм в сторону II пальца от угла ногтевого ложа большого пальца стопы. Массировать одновременно справа и слева в положении сидя с опущенными ногами.

Точка 3 — симметричная, находится на тыле стопы в наиболее узком месте промежутка между I и II плюсневыми костями. Массировать аналогично точке 2.

Точка 4 — симметричная, находится на голени на 3 цуня выше внутренней лодыжки. Массировать аналогично точке 2.

Точка 5 — симметричная, находится на голени на 3 цуня ниже надколенника и на 1 цунь кнаружи от переднего края большеберцовой кости. Массировать аналогично точке 2.

Точка 6 — симметричная, находится на середине свода стопы. Массировать аналогично точке 1.

Точка 7 — симметричная, находится на границе тыльной и подошвенной поверхностей стопы между I плюсневой костью и основной фалангой большого пальца. Массировать одновременно справа и слева в положении сидя.

Точка 8 — симметричная, находится на тыле стопы между головками I и II плюсневых костей. Массировать аналогично точке 7.

Точка 9 — симметричная, находится на голени на 2 цуня выше внутренней лодыжки. Массировать аналогично точке 7.

Точка 10 — симметричная, находится на бедре на 3 цуня выше и несколько кнутри от надколенника. Массировать одновременно справа и слева в положении сидя.

Точка 11 — симметричная, находится на голени на 6 цуней выше наружной лодыжки между костью и мышцами. Массировать аналогично точке 10.

1 цунь — расстояние между концами складок предельно согнутого среднего пальца на левой руке у мужчины, на правой руке у женщины.

Курс точечного массажа состоит из 12 ежедневных сеансов, перерыв 7 дней, затем курс повторяют.

При холодных руках проводят массаж точек второй группы. Воздействие на точки 1, 5-8 производится тонизирующим методом, приемом глубокого надавливания с вращением и вибрацией в течение $1/2$ -1 мин. Воздействие на точки 2-4 производится успокаивающим методом, приемом легкого надавливания с вращением в течение 3-5 мин.

Точки второй группы.

Точка 1 — несимметричная, находится на задней срединной линии между остистыми отростками VII шейного и I грудного позвонков. Массировать в положении сидя, голова слегка наклонена вперед.

Точка 2 — симметричная, находится на 3 мм кнаружи от угла ногтевого ложа большого пальца кисти. Массировать поочередно справа и слева, рука лежит на столе.

Точка 3 — симметричная, находится на 3 мм в сторону указательного пальца от угла ногтевого ложа среднего пальца кисти. Массировать аналогично точке 2.

Точка 4 — симметричная, находится на 3 мм в сторону безымянного пальца от угла ногтевого ложа мизинца. Массировать аналогично точке 2.

Точка 5 — симметричная, находится на ладони у основания I пястной кости. Массировать аналогично точке 2.

Точка 6 — симметричная, находится в центре ладони между III и IV пястными костями. Массировать аналогично точке 2.

Точка 7 — симметричная, находится на ладони в самой широкой части промежутка между IV и V пястными костями. Массировать аналогично точке 2.

Точка 8 — симметричная, находится на предплечье на $1\frac{1}{2}$ цуня выше средней складки запястья в углублении у шиловидного отростка лучевой кости. Массировать аналогично точке 2.

Курс точечного массажа состоит из 12 ежедневных сеансов, повторные курсы проводят с 7-10-дневным перерывом.

Указанные методики точечного массажа не только нормализуют микроциркуляцию в руках и ногах, но одновременно улучшают общее состояние больных.

Иглорефлексотерапия оказывает следующее положительное влияние на больных НЦД:

- нормализует функциональное состояние центральной и вегетативной нервной системы;
- устраняет вегетативно-сосудистую дистонию;
- повышает адаптационные возможности организма;
- улучшает трофику, метаболизм и функциональную деятельность внутренних органов;
- оказывает анальгезирующее воздействие, позволяет купировать головные боли и боли в области сердца;
- нормализует артериальное давление.

Иглорефлексотерапия может проводиться по классическому традиционному методу или в виде электроакупунктуры. Обычно применяется тормозной вариант иглорефлексотерапии с постепенным увеличением числа точек. Первый курс включает 10 сеансов, после 2-недельного перерыва назначается второй и через 1.5 месяца — третий курс.

При иглорефлексотерапии для восстановления функций центральной нервной системы, снятия эмоционального напряжения, получения седативного эффекта используются точки цзу-сань-ли (36E), шэнь-мень (7C), шэнь-тин (24VG). Для снятия болевого синдрома в области сердца, головных болей с их отражением на мышцы шеи, лица используется анальгезирующий эффект точек тянь-ту (22VC), сан-инь-цзяо (6RP), фэн-чи (20VB), бай-хуэй (20VG), вай-гуань (5TR), для снижения АД — точки вай-гуань (5TR), нэй-тин (44E), для нормализации сердечного ритма — сан-инь-цзяо (6RP).

Под влиянием иглорефлексотерапии значительное улучшение состояния наблюдается у 65-70% больных.

Для электроакупунктуры Г. М. Покалев (1994) рекомендует использовать прибор ЭЛАП-1, который воздействует на биологически активные точки поверхности тела гальваническим током. Воздействие осуществляется электродом прибора на отдаленные точки общеукрепляющего действия (чи-цзе — 5P) по 2 мин последовательно на каждую точку с обеих сторон. С помощью аппарата ЭЛАП-1 можно вводить в биологически активные точки лекарственные вещества путем микроэлектрофореза, например, 2% раствора новокаина. Прибор позволяет отыскать биологически активные точки методом световой индикации, основанном на снижении величины электрического сопротивления в точках воздействия.

Метод микроэлектрофореза достаточно эффективен при НЦД гипертонического и гипотонического типов. Рекомендуется воздействие на точки хэн-гу (11R), нэй-гуань (6MC). Больным с ар-

териальной гипотензией ток подается со знаком “-”, электрофорез проводится с 1% раствором адреналина; больным с артериальной гипертензией — ток со знаком “+”, электрофорез — с 2% раствором дибазола, длительность процедуры — по 2 мин в каждой точке.

В комплексную терапию больных НЦД целесообразно включать использование таких портативных индивидуальных приборов как чрезкожный стимулятор нервной системы (ЧСНС-II) и “Биоимпульс”, обладающих стимулирующим, обезболивающим и рефлекторным действием.

7. Симптоматическое лечение

7.1. Лечение кардиалгического синдрома

При умеренно выраженном болевом синдроме в области сердца могут быть эффективны препараты легкого успокаивающего действия, уменьшающие тахикардию и обладающие антиаритмическим действием: валокордин — 30-40 капель 3-4 раза в день; корвалол — 20 капель 3 раза в день; настойка валерианы, пустырника — 30-40 капель 3-4 раза в день; капли Зеленина (настойка белладонны — 5 мл, настойка майского ландыша — 10 мл, настойка валерианы — 10 мл, ментола — 0.2 г) — по 20 капель 3-4 раза в день. Лечение этими препаратами проводится в течение 3-4 недель.

У многих больных кардиалгии уменьшаются или даже исчезают под влиянием лечения β -адреноблокаторами.

Многим больным могут существенно помочь антагонисты кальция, особенно при склонности к артериальной гипертензии: рекомендуется *нифедипин* (кордафен, коринфар) по 0.01 г 2-3 раза в день. Следует помнить, что этот препарат может вызвать у больных значительную тахикардию, к которой больные НЦД вообще предрасположены. Поэтому при тахикардии предпочтение следует отдавать *верапамилу* (финоптину, изоптину) — по 0.04 г 2-3 раза в день или *дилтиазему* — 0.03-0.06 г 2-3 раза в день.

При упорных кардиалгиях, особенно сопровождающихся гиперестезией кожи в области сердца, показаны аппликации на кардиальную область меновазина (2.5 г ментола, 1 г новокаина, 1 г анестезина, спирта этилового 70% — до 100 мл).

Эффективна также иглорефлексотерапия, электроанальгезия, точечный массаж.

Полезен самомассаж в области сердца. Г.М.Покалев (1994) предлагает больному массировать область сердца губкой, фланелью, лучше эбонитовым кругом в течение 10-15 мин, дополнительно массажной щеткой раздражать область грудного отдела позвоночника, функционально связанного с сердцем. Указанная методика позволяет купировать боли в области сердца.