

616.1/9.0(061)
с 94

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР
НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ УКРАИНСКОЙ
ССР

ТРУДЫ VIII СЪЕЗДА ТЕРАПЕВТОВ УКРАИНСКОЙ ССР

17 — 19 марта 1965 г.

193826
НАУЧНЫЙ
ФОНД

ЗАПОРЯДНИ
МЕДИЦИНСКОГО
БІБЛІОТЕКА

Киев 1967

капельные переливания, в отличие от струйного введения внутривенно или подкожно, приводят к более стойкой нормализации артериального давления с улучшением общего состояния. В ряде случаев нам удалось вывести больных из крайне тяжелого, почти безнадежного состояния. Коллапс был устранен нами в остром периоде у 137 больных из 205, не выведено из состояния коллапса 68 человек. В эту группу вошло большинство больных с коллапсом III степени с длительностью свыше 2 часов до начала терапии. В обслуженной нами группе больных летальность составила примерно 50% (107 из 205). При активном лечении прессорными аминами с последующей госпитализацией этих больных, обеспечивающей преемственность и продолжение лечения прессорными аминами, по данным В. Н. Виноградова, В. Г. Попова, А. С. Сметнева, удастся снизить летальность в упомянутой группе больных до 30%.

Действующая на территории УССР инструкция Министерства здравоохранения не разрешает перевозку больных в состоянии кардиогенного коллапса.

В настоящее время назрела необходимость разрешить специализированным бригадам скорой медицинской помощи перевозку больных с кардиогенным коллапсом на территории УССР, как это уже сделано Министерством здравоохранения РСФСР и проводится в Москве, Ленинграде и других городах Российской Федерации.

Многие больные, выведенные из коллапса в остром периоде, повторно впадают в коллапс впоследствии. Так, 41 больной, выведенный из коллапса, но оставленный на дому до полной стабилизации артериального давления, погиб. Четкая преемственность в лечении, порой непрерывная активная терапия, с применением упомянутых выше методов, в течение нескольких суток — единственный путь уменьшения летальности при кардиогенном коллапсе. Выполнение этого условия возможно лишь в том случае, если такие больные будут госпитализированы в специальные отделения для лечения тяжелых осложненных форм инфаркта миокарда, разумеется, после их активной терапии врачами спецбригад скорой помощи.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ КОРОНАРОЛИТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Доцент А. Д. Визир, кандидат мед. наук С. Е. Грановская,
Т. К. Беланова, К. И. Сидак (Харьков)

Настоящее сообщение представляет анализ результатов применения при коронарной недостаточности *эринита*, *кватерона*, *ипразида* и *атамантина*.

Эринит (пентаэритритол тетранитрат) относится к группе нитритов, синтезирован в Харьковском научно-исследовательском химикофармацевтическом институте. Препарат был применен для лечения 48 больных коронарным атеросклерозом I и III стадии (по классификации А. Л. Мясникова) с частыми приступами стенокардии. Назначался в таблетках по 20 мг 3 раза в день на протяжении 3—4 недель.

Кватерон — синтетический препарат, относящийся к ганглиоблокирующим средствам, ослабляющий проведение импульсов, главным образом в парасимпатических ганглиях. Препарат синтезирован в Инсти-

туте тонкой органической химии Академии наук Армянской ССР. Лечебное действие кватерона было изучено при лечении 45 больных коронарным атеросклерозом в ишемической и склеротической стадиях. Препарат применялся внутрь по 30 мг 3—4 раза в сутки на протяжении трех недель.

Ипразид (2-изопропил-1-изоникотиноил гидразина) — производное изониазида, синтезирован во Всесоюзном химико-фармацевтическом институте им. Орджоникидзе М. Н. Шукиной и Т. Н. Сычовой. Относится к группе гидразиновых блокаторов моноаминоксидазы. Эффективность ипразида при хронической коронарной недостаточности изучена у 20 больных атеросклерозом венечных артерий сердца. Препарат назначался в дозе от 20 до 80 мг в сутки (по 20 мг от 1 до 4 раз в день) на протяжении 18 дней — 10 месяцев.

Атамантин — вещество из корней горчичника. Получен синтетически в Харьковском научно-исследовательском химико-фармацевтическом институте. По фармакологическим свойствам принадлежит к группе спазмолитиков папавериноподобного действия. По химическому строению он относится к фурукумаринам, являясь производным ангелицина. Атамантин назначался 56 больным коронарным атеросклерозом в ишемической, тромбонекротической и склеротической стадиях в дозе 100—200 мг 3 раза в день на протяжении 25—30 дней.

При оценке результатов лечения испытуемыми препаратами мы различали три степени терапевтического эффекта: I. Полное обезболивание (независимо от степени тяжести заболевания) II. Значительное урежение и ослабление болей. III. Безуспешное или малоуспешное лечение.

При лечении эринитом полное обезболивание наступило у 13 больных, значительное урежение и ослабление болей отмечено у 31 больного и лишь у 4 больных лечение оказалось неэффективным.

Положительные результаты лечения наступили и при лечении кватероном: так, улучшение констатировано у 35 больных из 45 и лишь у 10 чел. не наступило эффекта.

Аналогичные результаты получены при применении ипразида и атамантина. При лечении ипразидом улучшение I и II степени наблюдалось у 17 больных из 20, и лишь у 3 больных оно не оказало эффекта. Применение атамантина способствовало полному обезболиванию у 26 больных, значительному урежению и ослаблению болей у 23 и оказалось безуспешным лишь у 7 больных.

Хорошее терапевтическое действие этих препаратов выявлялось у больных стенокардией, обычно не имевших в анамнезе инфаркта миокарда, значительных изменений на электрокардиограмме и тяжелого коронаросклероза. У больных коронарным атеросклерозом, сочетавшимся с гипертонической болезнью, при лечении ипразидом и кватероном наблюдалось снижение артериального давления. У ряда больных, леченных ипразидом, систолическое давление в среднем снизилось на 65 мм рт. ст., диастолическое — на 20 мм. На осциллограммах было зарегистрировано значительное увеличение осцилляторного индекса.

Для более детального выяснения действия применяемых препаратов, наряду с клиническим обследованием больных до и после лечения, производились электро- и баллистокардиографические исследования, осциллография, изучение состояния липидов крови, обмена катехоламинов и коронаросуживающего действия сыворотки крови на изолированное сердце кролика.

После лечения всеми препаратами значительно улучшились электрокардиографические показатели, что выражалось в увеличении сниженного зубца Т, уменьшении глубины отрицательного зубца Т или

переходе его в положительный, исчезновении гипоксического зубца Т, нормализации отрезка S—Т, исчезновении экстрасистолической аритмии. У больных с острым инфарктом миокарда наблюдались эволютивного характера изменения.

Динамическое изучение баллистокардиограмм в процессе лечения всеми препаратами показало улучшение сократительной способности миокарда, улучшение коронарного кровообращения и смягчение признаков декомпенсации. Липидный обмен существенно не изменялся.

Обмен катехоламинов изучался у группы больных, лечившихся кватероном. Оказалось, что под влиянием лечения происходит некоторая нормализация обмена катехоламинов с тенденцией к усилению процессов инактивации их путем увеличения связанных эфиросерных и эфироглюкуроновых соединений и нормализации выделения свободных количеств.

Для выяснения механизма действия атамантина при коронарной недостаточности исследовалось действие сыворотки крови 22 больных на коронарные сосуды изолированного сердца кролика. Было установлено, что у 16 больных после лечения атамантином значительно уменьшилось коронаросуживающее действие сыворотки.

Если до лечения атамантином коронаросуживающее действие сыворотки равнялось 72% и только к 16-й минуте кривая вернулась к исходной величине, то после проведенного курса лечения коронаросуживающее действие было равным 40% и кривая достигла нормальных цифр к 7-й минуте действия сыворотки.

Переносимость препаратов, как правило, была хорошей. При лечении атамантином, эринитом и кватероном побочные явления не наблюдались. Только у 2 больных, леченных ипразидом, наступило кратковременное возбуждение, которое быстро исчезло после отмены препарата, а у одного больного при амбулаторном приеме ипразида в течение 10 месяцев с небольшими перерывами лишь к концу лечения появилась бессонница.

Длительность лечебного эффекта от применяемых препаратов в среднем была равна от 5 месяцев до года.

Таким образом, все 4 препарата, обладающие различным механизмом действия, являются эффективными средствами лечения коронарной недостаточности. Хорошая переносимость, отсутствие серьезных побочных действий позволяет рекомендовать их для применения и в амбулаторных условиях. В случаях комбинации коронарного атеросклероза и гипертонической болезни предпочтение следует отдать ипразиду и кватерону, обладающим гипотензивным действием.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ МАЛЫМИ ДОЗАМИ ГЕПАРИНА

*Доценты Г. Ф. Бойко, Л. И. Алейникова,
кандидат мед. наук И. А. Савельев, А. А. Новиков, Е. Б. Лемберг
(Одесса)*

В госпитальной терапевтической клинике на протяжении пяти лет применяется лечение больных коронарным атеросклерозом малыми дозами гепарина.

Под нашим наблюдением находилось 128 больных в возрасте от 20 до 70 лет: мужчин — 72, женщин — 56.

У 60 больных коронарный атеросклероз сочетался с гипертонической болезнью, у 10 — с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, у 4 — с острым расстройством мозгового кровообращения.

Гепарин «Рихтер» вводился внутривенно на физиологическом растворе по 5000 единиц (1 мл) 3 раза в неделю. Курс лечения — 45—50 дней. В среднем больной получал 20—25 вливаний, что составляло от 100000 до 125000 единиц. Как правило, в этот период другие медикаменты не назначались.

В последнее время двое из нас (Л. И. Алейникова и И. А. Савельев) разработали новую методику ускоренного лечения малыми дозами гепарина, при которой препарат вводится в той же дозе ежедневно и курс лечения сокращается до трех-четырех недель. Ближайшие результаты лечения ускоренным способом не уступают тем, которые получены при применении пролонгированной терапии. Поэтому в дальнейшем мы приводим суммарные данные эффективности лечения малыми дозами гепарина по обоим методикам.

С целью наблюдения за результатами лечения нами учитывались: общее самочувствие больного, артериальное давление, наличие зон гипералгезии Захарьина-Геда, электрокардиографические и электроэнцефалографические данные, биохимические показатели, характеризующие процесс свертывания крови, обмен липидов и функциональное состояние печени.

Изучались свертываемость крови по Ли и Уайту, тромботест по Фуэнте-Хита в модификации Котовщиковой, уровень протромбина, свободный гепарин по методу Пиптя, время рекальцинации плазмы по Хсуэллу, толерантность плазмы к гепарину по Гормсену, фибриноген и фибринолитическая активность методом Бждвелла, уровень беталипопротеидов по Бурштейну, холестерин по Илка, холестерин в альфа- и бета-липопротеидах по Бурштейну в модификации Е. Б. Лемберг. Общие липиды определялись весовой методикой, активность липопротеидной липазы по методике, предложенной Е. Б. Лемберг.

Эта методика открывает возможность исследования превращения одних фракций бета-липопротеидов в другие и разрушения мелкодисперсных комплексов без применения ультра-центрифуги.

Для изучения антитоксической функции печени применялась проба Квика-Пытеля, белковой — осадочные сывороточные пробы (с раствором Гайема, сулемовая и Вельтмана), пигментной — исследование содержания билирубина в крови по методу Гиманс-Ван-ден-Берга, определение билирубина в моче при помощи пробы с метиленовой синькой и уробилина по способу Флоранса.

В результате проводимого курса лечения малыми дозами гепарина у всех больных заметно улучшилось общее самочувствие. У 75 больных исчезли, у 50 уменьшились боли в области сердца. Значительно сократилась область иррадиации их, уменьшилась одышка, головные боли, головокружение. Лишь у 3 больных эффект нами не был получен. Зоны гипералгезии к концу курса лечения у 65 больных исчезли, у 20 — уменьшились и у 23 больных сохранились. У лиц, страдавших гипертонической болезнью, отмечалось постепенное снижение систолического давления (в среднем на 25 мм рт. ст.) и диастолического (в среднем на 15 мм рт. ст.).

Электрокардиографически до и после лечения гепарином обследовано 112 больных.

На исходных электрокардиограммах обнаружены признаки *коронарной недостаточности* почти у всех обследованных (у 106 из 112), и

<i>К. И. Цинцадзе, Н. К. Квирикадзе, Р. В. Капанадзе, Л. Д. Чейшвили, Н. А. Гзиришвили.</i> Участие печени в патогенезе холестеринного атеросклероза и миокардиодистрофии у кроликов	146
<i>А. М. Дамир, М. Б. Коломойская, Г. Е. Саранкин.</i> Атеросклероз сосудов у больных хроническими неспецифическими воспалительными процессами в легких	149
<i>А. С. Франк.</i> К вопросу о взаимосвязи атеросклероза и гипотиреоза	151
<i>А. П. Голиков.</i> Изучение липопротеидов сыворотки крови при атеросклерозе с использованием меченого холестерина	153
<i>Ф. Т. Иванченко.</i> Сравнительная оценка эффективности лечения йодом и антисклерозинном больных атеросклерозом с преимущественным поражением коронарных артерий	155
<i>А. К. Павличенко.</i> Лечение атеросклероза кверцетином	158
<i>М. И. Гуревич, Т. Мансуров.</i> Экспериментальные исследования гемодинамических сдвигов при различных формах артериальной гипертонии	160
<i>Е. Г. Калиновская.</i> О состоянии почечного кровообращения у лиц пожилого и старческого возрастов, страдающих гипертонической болезнью	163
<i>Б. И. Шевченко.</i> Некоторые вопросы функционального состояния коры и мозгового слоя надпочечников при гипертонической болезни	165
<i>М. И. Мистрюков, Ф. М. Воин.</i> Клиническое значение изменений ряда показателей физико-химических свойств крови у больных гипертонической болезнью	168
<i>Н. А. Сивоконева.</i> Изучение функционального состояния печени, уровня холестерина, липопротеидов и белков сыворотки крови при гипертонической болезни и атеросклерозе	170
<i>Р. М. Большакова.</i> Свертывающая система крови при гипертонических кризах	172
<i>К. Г. Рыжкова.</i> Диетическое питание в профилактике и лечении атеросклероза	174
<i>А. Д. Визир.</i> Роль альдостерона в патогенезе хронической недостаточности кровообращения	177
<i>Б. Г. Череватов.</i> Выявление хронической коронарной недостаточности методом радиоэлектрокардиографии	178
Прения: <i>Л. Д. Тондий (180), М. Б. Фейгин (180), А. П. Голиков (181).</i>	
<i>Л. Т. Малая.</i> Заключительное слово председателя	182

СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ № 4 17 МАРТА 1965 г.

Гипертоническая болезнь

<i>С. В. Волосюк.</i> Лечение больных гипертонической болезнью ганглероном и орнидом	184
<i>Д. Н. Байер, М. М. Ляшенко, С. Б. Наугольнова.</i> К проблеме лечения гипертонической болезни некоторыми новыми лекарственными средствами	186
<i>Е. И. Емельяненко, В. С. Наливайко.</i> К оценке функции миокарда у больных гипертонической болезнью и ревматическими пороками сердца, состоящих на диспансерном учете	188
<i>И. М. Жукова.</i> Некоторые данные о выделении гормонов надпочечников у больных гипертонической болезнью в зависимости от стадии болезни	191
<i>Б. П. Преварский, А. Г. Коломийцева, Л. И. Интеллегатор.</i> Газообмен и кислородная задолженность у беременных, страдающих гипертонической болезнью	192
<i>Л. А. Шведенко.</i> Гемодинамические сдвиги и содержание микроэлементов в крови у больных гипертонической болезнью	194
<i>Д. А. Нужный.</i> Кислородная задолженность у больных во второй стадии гипертонической болезни	196
<i>Т. И. Мазуренко.</i> Некоторые показатели дыхательной функции крови при гипертонической болезни	199
<i>А. В. Токарь.</i> Об изменениях гемодинамики у больных гипертонической болезнью при лечении симпатолитическими средствами	202
<i>Т. П. Малахова, К. А. Кумпан, В. К. Полишко.</i> Особенности гипоксических сдвигов и нарушений сосудистой проницаемости в клинике гипертонической болезни	205
<i>Д. Г. Лукьянчук.</i> Терапевтическая эффективность эризимозида при хронической недостаточности кровообращения	206
<i>И. А. Волкова.</i> Напряжение углекислоты как показатель гипоксии у больных гипертонической болезнью	209
<i>Н. Г. Гамкрелидзе, Н. Л. Кикодзе, Э. К. Курдиани, Ш. К. Махарадзе.</i> Диагностика симптоматических почечных гипертоний	210
Прения: <i>И. А. Трофимец (212), Л. В. Вильковский (213), Е. Б. Алешина (213), В. Н. Дзяк (214), В. С. Нестеров (215), А. В. Токарь (215).</i>	
<i>Ф. Я. Примак.</i> Заключительное слово председателя	215