

ных эпидемий была принята резолюция, заканчивающаяся словами: «...всякие частичные поправки существующего строя не приведут к желанной цели, и на первый план выдвигается неотложность осуществления коренной освободительной реформы»<sup>1</sup>.

А. А. Кадьян был почетным председателем X Пироговского съезда, на XI съезде заведовал отделом врачебного быта и подотделом реформ медицинского образования, на XII съезде — хирургическим отделом. На заседании клинической группы последнего съезда он выступил с докладом «Стрептококковые заболевания в хирургии», в котором дал описание клинической картины основных стрептококковых заболеваний.

С 1911 г. Александр Александрович был председателем клинико-биологического общества до момента его ликвидации. 19—22 декабря 1912 г. он председательствовал на XII съезде российских хирургов, проходившем в Москве. В 1914 г. был избран председателем комитета главной вспомогательной медицинской кассы имени Н. Я. Чистовича.

А. А. Кадьян был горячим сторонником женского медицинского образования. Весь последний период жизни он был связан с женским медицинским институтом. Он был в числе создателей института, более десяти лет состоял товарищем директором и около двух лет — директором института. Из его клиники вышли четыре докторские диссертации женщин-врачей — С. С. Крым, С. Н. Лисовской, А. И. Морозовой, А. А. Соколовой.

Он был талантливым и страстным преподавателем. Наиболее сильной стороной профессора А. А. Кадьяна как учителя хирургии являлись не его лекции, а обходы и разбор больных в палате у постели больного. Он личным примером обучал, как следует обращаться с больным человеком. Молодежь всегда чутко прислушивалась к его смелым, подчас резким, но честным суждениям в общественных и профессиональных вопросах. У него учились хирургии и врачебной этике.

К числу учеников А. А. Кадьяна принадлежат профессоры А. Б. Арапов, Ф. С. Гроссман, В. В. Гориневская, Ю. Ю. Джанелидзе, С. Н. Лисовская, А. И. Морозова, М. И. Неменов, З. В. Оглоблина, В. М. Рокицкий, А. Н. Соколова.

Умер Александр Александрович Кадьян в Петербурге 16 ноября 1917 года.

## ЛЕКЦИЯ

УДК 616.12—009.72—616—084—615.7

### О ГРУДНОЙ ЖАБЕ, ЕЕ ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Проф. С. В. Шестаков

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.—проф. С. В. Шестаков) Куйбышевского медицинского института*

В современном понимании грудная жаба (стенокардия) в типичном ее проявлении — это боль за грудиной или в области сердца, возникающая в связи с недостатком в сердечной мышце кислорода, в большинстве случаев вызванным тем, что запрос на приток крови со стороны сердечной мышцы превышает ее поступление по венычным сосудам. Последнее обычно обусловлено поражением стенок артерий сердца, чаще всего их атеросклерозом. Нарушение коронарного кровотока может быть результатом динамических изменений (спазма) в определенном участке венычной системы. Но иногда потребность в кислороде превышает обычные ее размеры, и это также служит причиной болей в области сердца. Такие состояния возникают в результате повышения поступления в кровь катехоламинов, о чем сообщали многие, и в первую очередь Рааб. К избыточному поступлению катехоламинов в сердце ведут и различные переживания. Возникающие при этом нарушения обмена веществ в сердечной мышце могут проявляться болью. Разнообразие механизмов, ведущих к грудной жабе, затрудняет ее профилактику.

В борьбе с грудной жабой очень большую роль играет хорошее состояние венычной системы, правильный коронарный кровоток с большими его резервными возможностями.

Еще в 1922 г. П. Н. Николаев указал на «неоспоримое значение тренировки в выработке прочного условного рефлекса на сосудистый тонус и на его укрепление». При наблюдении за лицами пожилого возраста с клиническими признаками коронарной недостаточности в процессе занятий их в группах здоровья отмечается выраженное улучшение их самочувствия, показателей состояния сердечно-сосудистой системы, включая ЭКГ [7]. Доказательство правильности суждения о рефлекторной связи между мышечной работой и коронарным кровообращением мы видим в случаях полного или частичного устранения стенокардии при спокойном, ненапряженном

<sup>1</sup> П. Ф. Какостиков. Александр Александрович Кадьян (к 40-летию со дня смерти). Вестн. хир. им. Грекова, т. 80, № 5, 1958.

выполнении физических упражнений, при ходьбе и т. п. [41]. Указанное не относится, конечно, к страдающим стенокардией напряжения и к больным в предынфарктном периоде. Физические упражнения, поддерживая и улучшая васкуляризацию сердца, являются мощным средством борьбы с недостаточностью коронарного кровообращения.

Рациональный отдых, правильное использование выходных дней и отпуска являются одним из важнейших мероприятий, предупреждающих появление коронарной недостаточности. При наличии коронарной недостаточности разумное использование времени отдыха способствует остановке в развитии болезни. Для таких больных целесообразна организация широкой сети дневных и ночных санаториев-профилакториев.

У пожилых людей, особенно с склонностью к полноте, следует уменьшить потребление пищевых продуктов, богатых холестериносодержащими веществами и витаминами, способствующими развитию атеросклероза (D, отчасти A) [1, 20, 29, 31]. В пищу необходимо регулярно включать витамин C, задерживающий развитие атеросклероза [30, 31], а также липотропные вещества, богатые холином, метионином (творог, вымоченную сельдь, треску, дрожжевые напитки, растительные масла), препятствующими отложению холестерина [20, 28]. По данным Ф. К. Миньшикова (1959) и др., липотропным действием обладают лецитин, бетаин, холин, метионин, а также витамины A, E, B<sub>2</sub> (рибофлавин), B<sub>6</sub> (пиридоксин) и B<sub>12</sub>, пантотеновая, фолиевая кислоты, а также ненасыщенные жирные кислоты — линолевая, линоленовая и архидоновая. Линолевая, линоленовая кислоты содержатся в растительных маслах, а рахидоновая в животных жирах. Поэтому нельзя полностью отказаться от употребления жиров, даже при выраженном атеросклерозе. Благоприятное влияние на больных атеросклерозом оказывают витамины группы B (B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, B<sub>16</sub>), фолиевая кислота [5]. Интересно указание Ф. К. Миньшикова (1959), что витамин A, введенный в сочетании с витамином E, предотвращает отложение холестерина в стенках артерий, снижает содержание холестерина в крови. П. Е. Лукомский, В. И. Бобкова, П. М. Савенкова (1959) установили, что под влиянием лечения линетолом (смесью эфиров жирных кислот из льняного масла) у больных атеросклерозом происходят благоприятные сдвиги обмена липоидов и белков (снижение уровня холестерина сыворотки крови, увеличение отношения фосфолипиды/холестерин, увеличение фракции альбуминов, уменьшение фракций бета-глобулинов и бета-липопротеидов).

Большое значение в борьбе с развитием атеросклероза имеет исключение перед едой, особенно при малоподвижном образе жизни. Больной, страдающий коронарной недостаточностью, не должен одновременно съедать большое количество пищи. Известно, что высокое стояние диафрагмы может вызвать ухудшение коронарного кровообращения по типу синдрома Удена — Ремхельда.

Необходим отказ от вредных привычек. Курение может привести к спазмам коронарных артерий (грудная жаба курильщиков).

В тех случаях, когда появление стенокардии связано с повышением АД, необходимо его снижать. Это мероприятие не только снимает приступы грудной жабы, но иногда и предупреждает их.

Если возникновение стенокардии связано с эмоциональными моментами, рекомендуется для предупреждения и лечения назначать валериану, растворы брома, либриум (элениум), триоксазин.

При склонности к повышению обмена веществ следует назначать мерказолил.

Лечение грудной жабы весьма разнообразно. При возникновении даже небольшого приступа грудной жабы во время выполнения физической работы, ходьбы следует прекратить физическое напряжение. Обычно этого бывает достаточно, чтобы «снять» боль. Когда боль возникает в покое или не проходит при прекращении физической нагрузки, прибегают к введению лекарств.

Как сосудорасширяющие наиболее приемлемы нитриты, обладающие быстрым действием. Площ указывает, что из группы этих средств заслуживают внимания только нитроглицерин и амилнитрит. Есть указания (Sandler, 1961), что аналогичным по действию препаратом является прогатилнитрит, близкий по химическому составу к нитроглицерину. Н. З. Каверина (1960) на основании экспериментальных исследований пришла к заключению, что нитроглицерин угнетает рефлекторные реакции на коронарные сосуды и это, по-видимому, может способствовать снятию их спастического состояния.

Особо большое значение имеет применение сосудорасширяющих средств при подъеме АД. В этих случаях нитриты и другие средства, расширяя не только коронарные сосуды, но и периферические, снижают АД, уменьшают периферическое сопротивление. Естественно, последний фактор приводит к уменьшению нагрузки на миокард, к уменьшению его потребности в энергетических затратах. Raab, Lereschkin (1950) считают, что нитроглицерин препятствует влиянию катехоламинов на сердце и тем самым снижает потребность сердца в кислороде. Отсюда можно понять положительный эффект от применения нитроглицерина в тех случаях, когда коронарные сосуды предельно сужены вследствие стенозирующего атеросклероза.

При лечении нитритами, в том числе и нитроглицерином, через 2—3 недели может возникнуть привыкание к ним, и тогда даже массивные дозы их оказывают малый эффект. В этих случаях лечение нитритами следует прекратить на 1—2 неде-

ли [50]. Scherf и Boyd считают целесообразным через 4—6 недель терапии нитритами<sup>1</sup> производить перерывы на неделю.

Снятие приступа стенокардии производится также путем приема валидола, 5% спиртового раствора ментола (несколько капель на язык), рефлекторно расширяющих коронарные сосуды.

В целях предупреждения приступов стенокардии (при затяжном течении этого страдания) Scherf и Boyd рекомендуют применение малых доз нитроглицерина через каждые 2—4 часа. Целесообразнее же лечить нитроглицерином замедленного всасывания (Nitroglyn). Отечественные препараты нитранол и особенно предложенный в последнее время нитросарбид действуют также медленно, и их целесообразно назначать для предупреждения приступов стенокардии, а не для их снятия [6, 12, 13, 19].

Оценка действия средств, предложенных за последнее время для предупреждения приступов стенокардии, крайне разноречива. Но, по-видимому, лучшими из них являются уже названный нами нитросарбид (0,005), нитранол (0,002) и венгерский препарат нитропентон — действующее начало пентаэритрит-тетранитрит (0,01). Все они выпускаются в таблетках, которые надо класть на или под язык, но можно и проглатывать. Положительным качеством нитросарбида является то, что он, в отличие от большинства нитритов, не вызывает тахикардии, а приводит к урежению пульса [13].

П. С. Григорьев (1962) проверял эффективность различных средств этой группы (этафен и ипиразид, синтезированные во ВНИХФИ, персантин из ФРГ, эринит Харьковского НИХФИ, венгерский препарат нитропентон — пентаэритрит-тетранитрит). Лучший эффект он получил от нитропентона и эринита. В. Н. Дзяк, Ц. А. Левина получили положительный результат у большинства больных, применяя эринит. А. М. Токарева и Ю. П. Миронова (1962) из нашей клиники при изучении эринита обнаружили его положительное действие лишь у половины больных. Н. И. Штельмах и К. С. Будякова (1965) также считают эринит недостаточно эффективным препаратом.

Scherf, Boyd, Altman, Riseman, Koretsky сообщают, что хороший результат при лечении стенокардии дает эритролтетранитрат. Прием этого средства повышает возможность выполнять физическую работу. Plotz полагает, что лучшим действием обладает пентоэритролтетранитрит. Scherf и Boyd предпочитают эритролтетранитрат. Russek (1960) отмечает эффективность обоих этих средств, причем эритролтетранитрат действует быстрее, а пентоэритролтетранитрат медленнее, но длительнее, поэтому целесообразно сочетание их.

При применении нитритов могут возникнуть головные боли, тошнота и даже рвота, сердцебиение, слабость. Рекомендуется снижение дозы лекарства, иногда его отмена.

В какой-то степени предупреждению и снятию побочного действия нитритов способствует назначение таких средств, как анальгин, амидопирин, ацетилсалициловая кислота [13 и наши наблюдения].

Целесообразно назначение курсового лечения препаратами, снимающими спазм сосудов, понижающими потребность мышцы сердца в кислороде: эуфиллин (0,1—0,2 г три раза в сутки), папаверин (0,03 г три раза в сутки) [40, 54, 55, наши наблюдения]. Scherf и Boyd указывают на высокую эффективность аминофиллина, теофиллина (0,2—0,3×3), особенно при внутривенном введении. С помощью аминофиллина можно предупреждать боль, возникающую при физической нагрузке. Эти же авторы, а также Plotz (1961), Russek (1961) положительно оценивают папаверин, весьма эффективный при внутривенном введении.

В последнее время Фармакологическим комитетом одобрен для применения при стенокардии отечественный препарат хлорацизин, назначаемый внутрь в таблетках и капсулах по 0,015 г (15 мг) 3—4 раза в день курсами по 10—20 дней [8]. По наблюдениям И. Е. Кисика (1966), он расширяет венечные артерии и уменьшает поглощение кислорода, что очень выгодно в условиях ограниченного кровоснабжения сердца.

При стенокардии покоя, особенно при ночных болях, рекомендуется платифиллин (0,002×3), атропин (0,00025×3). Многие врачи не назначают их из боязни вызвать тахикардию. Но в отношении платифиллина этой опасности нет. Атропин у значительного числа больных вызывает учащение сокращений сердца [4]. Но при приеме его в малых дозах выраженной тахикардии обычно не возникает (Scherf и Boyd, 1958).

Для предупреждения и снятия приступов стенокардии используют также келлин (0,02×3), даукарин, каронтин (по 0,015 2—3 раза в день) и другие средства. При этом нужно учесть, что келлин в значительных дозировках может вызвать тошноту, рвоту, понос, возбуждение, иногда депрессию, слабость, лихорадку.

При лечении всеми этими средствами целесообразно периодически дополнительно назначать анальгин, пирамидон.

<sup>1</sup> Б. Е. Вотчал указывает, что нитроглицерин — это эфир глицерина с азотной (а не азотистой) кислотой, т. е. не нитрит, а нитрат. Мы пользуемся наиболее часто употребляемым наименованием.

С. Е. Грановская получила хороший клинический эффект от нового препарата антагантин, синтезированного в Харьковском НИХФИ. Его применяют по 0,3—0,6 в сутки циклами по 25—30 дней. М. Н. Тумановский, В. И. Заврежнов, Л. М. Ворощина после экспериментального и клинического исследования положительно оценили отечественный препарат этафон.

В связи с привыканием к большинству этих средств лечение ими следует проводить курсами с чередованием различных медикаментов.

Из ганглиоблокирующих средств при коронарной недостаточности показан ганглерон [10, 17, 35, 38]. Его вводят подкожно в 1 и 2-й дни по 1 мл 1,5% в 3 и 4-й — по 2 мл, с 5 по 10-й день — по 3 мл 3 раза в день. Затем переходят на прием по 0,5 в таблетках по 0,04 г. Продолжительность лечения — до 30—35 дней. Окончательная дозировка устанавливается по клиническому эффекту [17]. Улучшение не стойкое. Необходим прием поддерживающих доз препарата.

Н. М. Давидовский (1962), А. Бахадиров, Р. Х. Коканбаева (1962) отмечают положительное действие нового ганглиоблокирующего препарата кватерона (квателерона), синтезированного в институте тонкой органической химии (ИТОХ) АН Армянской ССР. Его разовая доза — не более 0,02 г, суточная — не более 0,06—0,08 г. Лечение курсами до 3 недель.

В последнее время за рубежом стали довольно широко применять при лечении стенокардии средства, предложенные для терапии депрессивных состояний — изониазид и ипрониазид [49, 56]. Аналогичный препарат ипразид, синтезированный во Всесоюзном химиотерапевтическом институте, был испытан Б. П. Кушелевским и А. Н. Кокосовым. Авторы присоединяются к мнению тех исследователей, которые объясняют влияние препарата ганглиоблокирующим, анальгезирующим, атропиноподобным эффектом. Ипразид оказывает выраженное обезболивающее действие. Особенно целесообразно его применение при сочетании стенокардии и гипертонической болезни, так как он снижает АД [26]. Нужно учесть, что при приеме аналогичных веществ (ипрониазид, [56]) описаны, наряду с болеутоляющим действием, и значительные побочные проявления, особенно при длительном использовании. Поэтому рекомендуется начинать лечение в условиях стационара.

Еще более, чем ипразид, токсичен беназид [27]. Отмечая выраженный клинический эффект от применения беназид, В. А. Гефтер (1966), С. С. Белоусов и соавт. (1966) связывают действие его с понижением активности катехоламинов в миокарде и уменьшением гипоксии последнего.

В целях снятия приступов боли и предупреждения их Е. В. Шаповалова рекомендует аминазин (0,5—1,0 мл 2,5% раствора внутримышечно). АД при нем обычно снижается умеренно и на короткое время. Мы считаем целесообразным применять аминазин при повышенной возбудимости, плохом сне, тошноте, рвоте. Можно думать, что аминазин (альфа-адренолитик) понижает обмен веществ в сердечной мышце и таким образом снижает гипоксию. Как показали экспериментальные исследования И. Я. Певзнера, аминазин препятствует отрицательному действию катехоламинов на кислородный обмен клетки. Несомненно также обезболивающее и успокаивающее действие аминазина. Однако необходимо учитывать индивидуальную переносимость его (К. А. Невзорова, 1959). Е. П. Павликова (1966) установила, что применение аминазина (ларгатил) у больных атеросклерозом венечных артерий сопровождается снижением в сыворотке крови содержания холестерина,  $\beta$ -липопротеидов,  $\gamma$ -глобулинов, повышением уровня фосфолипидов, альбуминов, уменьшением частоты и интенсивности приступов стенокардии.

Е. Н. Агапова и Н. С. Безносков сообщают об успешном лечении ветразином, блокирующим альфаадренорецепторы. Препарат устраняет токсическое действие адреналина и норадrenalина на миокард. Авторы применяли его в дозе 0,1 мг на прием 3 раза в сутки курсом 3—4 недели. Отмечено положительное влияние на коронарный кровоток, обменные процессы в миокарде и его сократительную функцию. Такого рода лечебные средства особенно целесообразно назначать больным, страдающим стенокардией напряжения, ибо их положительное влияние возникает в результате воздействия не на тонус коронарных сосудов, а на обмен веществ сердечной мышцы. Л. А. Мясников (1969) сообщает, что эти больные почти не реагируют на сосудорасширяющие средства, но у них можно добиться успеха с помощью ингибиторов  $\alpha$ -адренергических рецепторов (индерал), а также антиадренергических средств.

В некоторых случаях недостаток кислорода в сердечной мышце возникает в результате повышенного обмена вследствие воздействия адренергических катехоламинов [52] при лимите коронарного кровообращения, вызванном атеросклерозом коронарных артерий. Поэтому даже при отсутствии гипертиреоза является оправданным антиадренергическое лечение больных стенокардией.

В целях понижения интенсивности процессов обмена веществ в сердечной мышце многие авторы [42, 43, 48, 55] рекомендуют применять тироурацил, пропилтиоурацил, радиоактивный йод [11, 14]. Известно, что тиреостатические препараты подавляют действие катехоламинов в сердечной мышце (И. Э. Софиева, 1962). Обмен веществ следует снижать до минус 15—25% [55]. Лечение должно длиться несколько недель. Не рекомендуется назначать его больным, у которых основной обмен меньше 10% [51].

Половые гормоны способствуют нормализации нервной регуляции коронарного кровообращения и расширению артерий сердца. Однако при неправильном их использовании может наступить не расширение, а, наоборот, спазм венечных артерий, что, возможно, объясняется повышением обмена веществ в сердечной мышце. Лечение половыми гормонами обязательно следует начинать с малых доз, при усилении болей прекращать его и не применять при острых формах стенокардии. Предпочтительной мы считаем методику М. И. Шевлягиной (тестостерон-пропионат подкожно 10 мг 2—3 раза в неделю в течение 4—8 недель с общим числом инъекций 15—20).

Назначают и эстрогены. При этом преследуют цель задержать развитие атеросклероза и снять спазм артерий. Под влиянием эстрогенов снижается содержание холестерина в сыворотке крови и уменьшается показатель отношения холестерин — фосфолипиды. При введении эстрогенов могут возникнуть побочные явления.

При отсутствии эффекта от средств, расширяющих коронарные сосуды, рекомендуется лечить больных стенокардией анаболическими препаратами (нерабол, нароболил, АТФ и т. д.). Л. А. Мясников, В. Н. Метелица, Р. А. Григорянц, Ю. А. Краников получали положительный эффект от нерабола (по 5 мг 3 раза в день) у больных хронической коронарной недостаточностью. Они считают, что этот препарат особенно показан при тяжелом атеросклерозе коронарных сосудов. Возможно развитие побочных явлений (аллергические и гипертензивные реакции и др.).

При стенокардии, возникающей рефлекторно в связи с наличием ряда заболеваний, лечебные мероприятия должны быть направлены на борьбу с ними, в том числе и с интеркуррентными заболеваниями, которые могут способствовать появлению коронарной недостаточности или ее усугублению.

Мы наблюдали прекращение приступов грудной жабы при успешном лечении больных язвенной болезнью, холециститом, желчнокаменной болезнью, в том числе и хирургическом. Оперативное вмешательство у этих больных следует производить лишь по жизненным показаниям.

В целях снятия приступов грудной жабы иногда применяют методы, направленные на перерыв нервного рефлекторного пути, по которому распространяются болевые раздражения. Это достигается путем разрушения нервных узлов, удаления их, блокады нервных сплетений, анестезии зон гипералгезии кожи.

При возникновении зон кожной гипералгезии эффективно лечение внутривенными инъекциями раствора новокаина. Мы придерживаемся методики, рекомендуемой В. Е. Незлиным: производим внутривенную инфильтрацию зоны гипералгезии 0,25% раствором новокаина (от 60 до 150 мл раствора). В некоторых случаях достаточно сделать овал вокруг этой зоны. Если зона гипералгезии обширна, то рекомендуется произвести внутривенную анестезию в 2—3 приема в течение 1—2 дней.

Таким образом, есть много методов лечения стенокардии. Назначение их должно проводиться индивидуально, исходя из состояния больного. Следует внимательно наблюдать за состоянием организма, за деятельностью сердечно-сосудистой системы и данные этого контроля использовать при лечении.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бавина М. В. В кн.: Гипертоническая болезнь. Медгиз, М., 1952.—2. Бахадуров А., Коканбаева Р. Х. Тер. арх., 1962, 7.—3. Белоусов С. С., Дмитриева Н. В., Шмоткин С. Н., Князева Н. А., Орлова О. Н. В кн.: Вопросы кардиологии. Горький, 1966.—4. Беренбойм Д. М. В кн.: Некоторые вопросы кардиологии и почечной патологии. Куйбышев, 1962.—5. Бобкова В. И. Применение витаминов группы В, ненасыщенных жирных кислот и ингибиторов монооксидазы для лечения и профилактики атеросклероза. Автореф. докт. дисс., М., 1967.—6. Борисова Л. И., Емельянова Н. Н. Тер. арх., 1961, 1.—7. Васильева В. Г. В кн.: Научные основы применения физических упражнений лицами пожилого возраста. Медгиз, М., 1963.—8. Вихляев Ю. И., Каверина Н. В. Фарм. и токс., 1959, 1.—9. Власов К. Ф. Клин. мед., 1952, 4.—10. Волосюк С. В. Сов. мед., 1960, 6.—11. Волянский З. М., Ткачев В. П. В кн.: Тр. I Всесоюз. съезда терапевтов, 1958.—12. Гефтер В. А. Тер. арх., 1960, 10.—13. Гефтер В. А. В кн.: Вопросы кардиологии. Горький, 1966.—14. Грабенко И. К., Домбровский А. И., Кудинов А. С. Мед. радиол., 1962, 5.—15. Грановская С. Е. В кн.: Гипертоническая болезнь, атеросклероз, коронарная недостаточность. Киев, 1966.—16. Григорьев П. С. Лечение больных коронарной недостаточностью эринитом, этафаном, ипразидом и нитропентеном. Автореф. канд. дисс., Куйбышев, 1962.—17. Давидовский Н. М. Тер. арх., 1962, 10.—18. Дзяк В. Н. Там же.—19. Зайкин М. Д. и др. Клин. мед., 1959, 3.—20. Ильинский Б. В. Там же, 1949, 7; Атеросклероз. Медгиз, М., 1960.—21. Каверина Н. В. Фарм. и токс., 1958, 1; Бюлл. эксп. биол. и мед., 1960, 5; К фармакологии коронарного кровообращения. Медгиз, М., 1963.—22. Карева Т. П., Марков А. М. Клин. мед., 1954, 1.—23. Кисин И. Е. Влияние коронарорасширяющих средств на кровоснабжение и энергетику сердца. Медицина, Л., 1966.—24. Кокосов А. Н. Тер. арх., 1962, 7.—25. Крестовников А. Н. Очерки по физиологии физических упражнений. М., 1951.—26. Кушелевский Б. П. и Кокосов А. Н. Кардиология, 1961, 5.—27. Левина Ц. А. Казанский мед. ж., 1965, 2.—28. Лукомский П. Е. и др. В кн.:

Вопросы кардиологии. Медгиз, М., 1959.—29. Меньшиков Ф. К. Тр. XIV Всесоюз. съезда терапевтов. 1958; Сов. мед., 1960, 8.—30. Мясников А. Л. Тр. XIV Всесоюзного съезда терапевтов. 1958.—31. Мясникова И. А. В кн.: Гипертоническая болезнь. Медгиз, М., 1952.—32. Мясников Л. А. В кн.: Атеросклероз и коронарная недостаточность. Медицина, М., 1969.—33. Незлин В. Е. Коронарная болезнь. Медгиз, М., 1951; Нарушения венозного кровообращения. Медгиз, М., 1955.—34. Николаев П. Н. Тер. арх., 1923, 1.—35. Решетова М. Н. Тр. I Всеросс. съезда терап. М., 1960.—36. Савенков П. М. В кн.: Вопросы кардиологии, Медгиз, М., 1959.—37. Сивков И. И. Сов. мед., 1952, 7.—38. Симонян А. Г. и др. Клини. мед., 1958, 3.—39. Токарева А. М., Миронова Ю. П. Врач. дело, 1962, 3.—40. Тумановский М. Н. и др. В кн.: Атеросклероз и коронарная недостаточность. М., 1969.—41. Федосеев А. А. О применении физической нагрузки в целях исследования и лечения больных с коронарной недостаточностью. Автореф. канд. дисс., Куйбышев, 1961.—42. Черногоров И. А., Кожевников Ю. А. Тер. арх., 1960, 7.—43. Черногоров И. А. и др. XIII научн. сесс. Ин-та терапии АМН. М., 1962.—44. Шевлягина М. И. Клини. мед., 1949, 10; 1950, 2.—45. Шестаков С. В. Кардиология, 1964, 1.—46. Ганц В. и Фронек Л., Cor et vasa, 1961, 3—2, 112.—47. Altman G., Riseman J. Am. J. Med. Sci., 1960, 240, 1, 66.—48. Blumgart H., Freedberg A., Kurland G. Circulation, 1930, 1, 1105.—49. Fife R., Nouritt N., Stivenston J. Brit. Med. J., 1960, 1, 5174, 692.—50. Goldberger E. Heart disease. Philadelphia. 1955.—51. Плоц М. Коронарная болезнь (перев.). М., 1961.—52. Рааб В. Тер. арх., 1959, 4; В кн.: Актуальные проблемы сердечно-сосудистой патологии. М., 1967.—53. Raab W., Lepeschkin E. Circulation, 1950, 1, 733; 1952, 6, 37, 3.—54. Russek H. Ibid., 1961, 24, 4, 2.—55. Scherf D., Boyd L. Cardiovascular diseases. New-York—London. 1958.—56. Shoshkes M. a. o. Circulation, 1959, 20, 1, 17.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

УДК 616.127—005.8—616.379—008.64

### **ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Б. И. Гороховский*

*II терапевтическая клиника (руководитель — проф. П. Л. Сухинин) института им. Склифосовского*

До настоящего времени отсутствует единое мнение о взаимоотношениях инфаркта миокарда и сахарного диабета. Одни авторы [18, 19, 20, 24, 29, 33 и др.] отмечают более частое возникновение инфаркта миокарда при сахарном диабете, другие [4, 34 и др.] не обнаружили влияния сахарного диабета на частоту инфаркта миокарда и летальность при нем. Ряд авторов [6, 7, 11, 13, 16, 24 и др.] указывает на более тяжелое течение сахарного диабета на фоне инфаркта миокарда и инфаркта миокарда на фоне сахарного диабета, высокую смертность, меньшую продолжительность жизни после перенесенных инфарктов миокарда, повторные инфаркты миокарда, частые разрывы сердечной мышцы, тяжелые коллапсы. Joslin и соавт., Heinsen считают, что при сахарном диабете, как правило, инфаркты миокарда безболевые, другие же не находят разницы в симптоматике инфарктов миокарда при сахарном диабете. Нет единого мнения и по вопросу о тромбообразовании при сахарном диабете. Так, Fearuley, Chakraborti нашли при сахарном диабете понижение фибринолитической активности и повышенную наклонность крови к тромбообразованию. По данным Thomas, Lee, Rabin, Coodale и др. частота тромбоэмболических осложнений и время лизиса у больных сахарным диабетом и инфарктом миокарда не отличаются от таковых у больных инфарктом без диабета.

Остаются нерешенными вопросы лечения больных инфарктом миокарда и сахарным диабетом. Hagen, Scheffer не рекомендуют применять антикоагулянты при сахарном диабете и инфаркте миокарда из-за геморрагических осложнений и считают нецелесообразным применять сульфамиды. Многие авторы, опасаясь гипогликемии, очень осторожно относятся к применению инсулина у больных сахарным диабетом при наличии инфаркта миокарда.

С 1960 по 1966 г. в терапевтических клиниках института находилось на излечении 2545 больных инфарктом миокарда, среди них было 204 (8,7%) больных с сахарным диабетом. Клинический опыт свидетельствует, что у больных сахарным диабетом моложе 40 лет атеросклероз встречается редко [16, 27].

Среди больных инфарктом миокарда с наличием сахарного диабета больше женщин (78,9%), в то время как в числе больных инфарктом без диабета преобладают мужчины (63,2%). Атеросклероз у женщин, не страдающих сахарным диабетом, появляется значительно позже, чем у мужчин. Женщины, больные сахарным диабе-