

целесообразным сочетать уменьшение дозы гормонов с увеличением дозы салицилатов.

Прогноз благоприятный.

Один из наших больных скончался внезапно, вне стационара, очевидно, от повторного инфаркта миокарда, другой также от прогрессирующей сердечной недостаточности при повторном инфаркте миокарда. Перикардиальные спайки вне зоны некроза, плеврит, пневмония, обнаруженные на аутопсии, подтверждали клинический диагноз постинфарктного синдрома.

ВЫВОДЫ

1. Постинфарктный синдром является нередким осложнением инфаркта миокарда и может протекать в типичной — развернутой форме или атипичной — стертой.

2. Применение кортикостероидных гормонов в сочетании с аспирином быстро обрывает вспышку синдрома, но не предупреждает рецидивов его.

3. Необходимо тщательное изучение анамнеза больных с целью выявления аллергической настроенности, что может способствовать своевременной профилактике этого осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артемьев Е. Н. и Комарова Е. К. Сов. мед., 1965, 1. — 2. Гефтер А. И., Матусова А. П. *Вопр. пат. сердечно-сосудистой системы*, 1957, 4. — 3. Дамир А. М. и Сидорович С. X. *Тер. арх.*, 1961, 7. — 4. Матусова А. П., Кучина Е. И., Урес Ю. А., Чашина Г. С. *Сов. мед.*, 1965, 5. — 5. Раевская Г. А. и Казьмина П. В. *Сов. мед.*, 1962, 3. — 6. Семенов Е. И. и Цой Л. А. *Изв. Сиб. отд. АН СССР*, 1963, 12. — 7. Юренев П. Н., Алексеева Т. А., Полоцкая Е. Л. *Кардиология*, 1964, 1. — 8. Ханина С. Б., Садекова М. К. *Тер. арх.*, 1965, 2. — 9. Bowrain V., Fortin P. e. a. *Arch. Mal. Coeur*, 1960, v. 53, p. 134. — 10. Broch O. J., Ofstad J. *Acta med. scand.*, 1960, v. 166, p. 281. — 11. Carleп S. A. *Canad. med. Ass. J.*, 1961, v. 85, p. 644. — 12. Dornbusch S. *Folia allerg.*, 1956, t. 3, 5, 399—405. — 13. Dressler W. *JAMA*, 1956, v. 160, p. 1379; *Arch. int. Med.*, 1959, 103, 28.

УДК 616.127—005.8—615.34

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В САНАТОРИИ «ЮМАТОВО»¹

З. Ш. Загидуллин и А. Ш. Валеева

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. З. Ш. Загидуллин) Башкирского медицинского института

Санаторий «Юматово» (главврач — Л. А. Баимбетов)

Если тактика врача при лечении инфаркта миокарда в остром периоде довольно хорошо разработана, то этого нельзя сказать в отношении последующего курортно-санаторного лечения, результаты которого далеко не всегда благоприятны.

Так, Ф. Е. Остапюк указывает, что в итоге санаторного лечения в Кисловодске у больных, перенесших инфаркт миокарда, состояние здоровья ухудшается. Такое мнение разделяет и А. И. Нестеров.

В то же время ряд авторов считает, что перенесшие инфаркт миокарда при благоприятном течении болезни через 2—3 месяца могут быть направлены для продолжения лечения в местные кардиологические санатории (П. Е. Лукомский, Г. Р. Британишский, А. Ф. Тур и Е. М. Филипенко).

Л. В. Эпштейн при лечении больных, перенесших инфаркт миокарда (неосложненный), в пригородных кардиологических санаториях наблюдал положительные результаты в 96,7%.

А. А. Клевина отмечала ободряющие результаты лечения постинфарктных больных в санатории Юматово.

За последние годы в число заболеваний, допускаемых для лечения в санатории Юматово, включены последствия инфаркта миокарда 3-месячной давности при отсутствии частых приступов стенокардии и явлений недостаточности кровообращения не выше IIa степени. Но больные поступали в этот санаторий и в более ранние сроки — через 2 и даже 1 месяц, что требует уже иной врачебной тактики.

¹ Доложено 22/VI 1966 г. на IV Поволжской конференции терапевтов.

За 1962—1965 гг. в нашем санатории лечилось 125 мужчин и 14 женщин. В возрасте 30—39 лет было 12 чел., 40—59 лет — 87, 60 лет и старше — 26.

У 13 (9,3%) больных в анамнезе были повторные инфаркты миокарда. Работников умственного труда было 109, физического — 30.

До наступления острого инфаркта миокарда 29 (21%) больных страдали приступами стенокардии от 6 месяцев до 10 и более лет, 39 (28%) — гипертонической болезнью и у 21 (15%) в прошлом были контузии и ранения.

По давности инфаркта миокарда больные распределялись следующим образом: до 2 мес. — 1, от 2 до 4 мес. — 3, от 4 до 6 мес. — 5, от 7 до 12 мес. — 36, от 1 года до 3 лет — 48, от 3 до 5 лет — 14, от 5 до 10 лет — 17 и больше 10 лет — 4. У 11 больных не удалось выяснить давность инфаркта миокарда.

Согласно анамнезу, гипертонической болезнью страдали 39 больных, тифы перенесли 30, малярию — 29, контузии и ранения — 21, грипп — 18, воспаление легких — 13, ангины — 12, радикулиты — 10, холециститы — 9, язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка — 8.

При поступлении в санаторий только у 5 больных не было жалоб. Боли в области сердца или за грудиной ощущали 115 (82%) больных, общую слабость, быструю утомляемость — 46 (33,5%), головные боли — 42 (30,9%), бессонницей страдали 29 (20,8%), головокружения были у 23 (16,5%), одышка — у 66 (47,5%), сердцебиение — у 21 (15,1%), аритмию — у 8 (6%), шум в голове — у 9 (6,5%), шум в ушах — у 8 (6%), ослабление памяти — у 8 (6%).

Из сопутствующих заболеваний выявлены: неврастения — у 23, эмфизема легких — у 20, атеросклероз сосудов головного мозга — у 14, ожирение — у 12, гипертоническая болезнь — у 39, холецистит — у 6, почечнокаменная болезнь — у 4, климактерический невроз — у 7, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — у 6, постревматическая церебростения — у 2, варикозное расширение вен голени с трофической язвой — у 4.

В остром периоде инфаркта большинство больных находилось на стационарном лечении: 25 больных в течение месяца, 55 — до 2, 30 — до 3 и 7 — до 6 месяцев.

До поступления в санаторий трудоспособность была восстановлена у 67 больных (из них 4 с повторными инфарктами) и 34 больных были переведены на инвалидность.

На ЭКГ выявлены следующие локализации рубцовых изменений миокарда: задняя стенка левого желудочка — у 56 больных, передняя стенка — у 46 и обширный инфаркт миокарда — у 27.

Нарушения ритма были у 17,2%, блокада ножек Гиса — у 3%, аневризма сердца — у 3,6%, левограмма — у 70%, правограмма — у 13%, нормограмма — у 17%, хроническая коронарная недостаточность — у 45%, нарушения внутрипредсердной и внутрижелудочковой проводимости — у 30%.

БКГ была сделана 47 больным. Резкое ослабление сократительной способности сердца IV степени по Броуну отмечено у 9, III — у 20 и I—II — у 14 больных.

В качестве непосредственных причин инфаркта больные указывали на нервно-психические переживания и перенапряжения в работе (36), частое курение (39), чрезмерное употребление алкоголя (21) и физическое перенапряжение (4).

Инфаркт миокарда чаще наступал зимой и осенью.

Из 134 больных у 35 протромбиновый показатель был выше 100% (от 102 до 134%).

Ускорение РОЭ до 15—23 мм/час наблюдалось только у 8 больных, а лейкоцитоз был у 6.

В санатории применялись климатотерапия, шадящий режим с переходом на тренирующий, лечебное питание, лечебная физкультура, гидротерапия (хвойные ванны, души) и медикаментозное лечение.

Вначале больным назначались легко выполнимые лечебно-гимнастические упражнения. В дальнейшем в зависимости от реакции организма эти процедуры или усложнялись, или облегчались, или отменялись.

Дозированные нагрузки в виде прогулок были назначены 98 больным, лечебная физкультура — 60.

Воздушные ванны принимали 12 больных, лечение кислородом — 28, хвойные ванны — 35, душ (дождевой или циркулярный) — 56.

До лечения повышенное АД было у 47 больных (после лечения оно нормализовалось у 32), у остальных 82 АД было в пределах нормы.

Из 139 больных у 37 протромбиновый показатель колебался от 102 до 134%, что побудило провести антикоагулянтную терапию. По окончании лечения протромбиновый показатель держался в пределах 90—100%.

У большинства больных после санаторного лечения и отдыха отмечено улучшение общего состояния, исчезли слабость, быстрая утомляемость, раздражительность. Резко уменьшилось число больных, жалующихся на боли в области сердца. Среди поступивших таких было 115, а при выписке только 55. Одышка осталась у 20 из 66, сердцебиение у 3 из 21, бессонница у 3 из 30, головокружение у 4 из 23 больных.

Выписались со значительным улучшением 99 больных, с некоторым улучшением — 37, с ухудшением — 2 и один больной скончался.

Итак, лечение послеинфарктных больных в пригородных санаториях с привычным для больного климатом вполне себя оправдывает. Однако и после его завершения такие больные должны быть под диспансерным наблюдением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Британишский Г. Р., Тур А. Ф. и Филипченко Е. М.; Лукомский П. Е. и Тареев Е. М.; Хвиливицкая М. И., Баскова М. Н., Канторович А. И., Рохкин С. Н. и Соболева А. В.; Эпштейн Л. В. Тр. XIV Всесоюзного съезда терапевтов. Медгиз, М., 1958. — 2. Клевина А. А. Результаты лечения постинфарктных больных в санатории Юматово. Лечение на курортах Башкирии. Уфа, 1962. — 3. Остаюк Ф. Е. Тер. арх., 1955, 7. — 4. Фогельсон Л. И. Клин. мед., 1956, 3. — 5. Чазов Е. И. Инфаркт миокарда, Медицина, М., 1965.

УДК 616.132.2—616.839

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИСЦЕРО-РЕФЛЕКТОРНЫХ ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В. Д. Трошин и С. С. Белоусов

*Клиника нервных болезней (зав. — доц. Е. П. Семенова) и клиника факультетской терапии (зав. — проф. А. И. Гефтер) Горьковского медицинского института
им. С. М. Кирова*

Проблема висцеро-рефлекторных расстройств в клинике коронарной недостаточности давно привлекала внимание клиницистов. Н. Head еще в 1892 г. описал зоны кожной гипералгезии у больных грудной жабой. В последующем появилось множество работ, посвященных изучению висцеро-рефлекторных расстройств при коронарной недостаточности. В большинстве из них в основном рассматриваются висцеро-кожные рефлекторные расстройства. Неврологические же аспекты всего многообразия висцеро-рефлекторных расстройств не получили должного отражения в литературе. Между тем их изучение имеет важное значение для дифференцированной патогенетической терапии коронарной недостаточности. Кроме того, возникновение рефлекторных неврологических расстройств нередко служит причиной диагностических ошибок.

На основании клинико-физиологического исследования 300 больных коронарной недостаточностью мы считаем возможным все многообразие неврологических расстройств при коронарной патологии подразделить на 4 основные группы: нервно-психические, нервно-вегетативные, нейро-трофические и церебральные сосудистые синдромы.

В предыдущих наших работах (В. Д. Трошин и С. С. Белоусов; В. Д. Трошин, С. С. Белоусов и Е. Н. Кучина) рассматривалась роль первичных вегетативных расстройств в клинике коронарной недостаточности. В настоящей работе приводится клиническая характеристика реперкуссионных вегетативных расстройств. С этой целью исследовано 60 больных коронарной недостаточностью, у которых вегетативные расстройства имели вторичный рефлекторный характер и выступали на первый план. Из них у 36 больных был инфаркт миокарда и у 24 — стенокардия. Большинство больных было в возрасте 40—60 лет.

В зависимости от уровня поражения и клинической характеристики выделены 3 вида висцеро-рефлекторных вегетативных расстройств: ганглионарно-сегментарные, гипоталамо-стволовые и вегетативные дистонии.

Как известно, сегментарный нервный аппарат обеспечивает иннервацию определенной зоны кожи, мышц, скелета, кровеносных сосудов, внутренних органов. Поэтому при висцеральной патологии возможны рефлекторные изменения в коже, мышцах, скелете, сосудах. Так как при заболеваниях внутренних органов в патологический процесс вовлекается не только сегментарный аппарат спинного мозга, но и, в первую очередь, вегетативные симпатические ганглии, то все регионарные рефлекторные изменения можно объединить под названием ганглионарно-сегментарных расстройств. Это определение оправдано и тем, что разнообразные вегетативные симптомы часто не укладываются в рамки сегментарного синдрома и могут возникать без участия спинного мозга (И. А. Булыгин, Б. Д. Стефанцев, Ф. А. Волынский и др.).

Ганглионарно-сегментарные расстройства (28 больных), как правило, сохраняли черты регионарности и проявлялись чаще симптомами раздражения или реже в сочетании с симптомами выпадения периферических вегетативных узлов, преимущественно слева. В зависимости от уровня поражения вегетативных узлов и сплетений и клинического оформления в рамках ганглионарно-сегментарных расстройств иногда мож-