

логической картины заживления поврежденных позвонков, дужек, суставных, поперечных и остистых отростков, за исключением единичных работ [16, 7, 8], раскрывающих некоторые рентгенологические аспекты этой проблемы.

По нашим данным, использование современных рентгенологических исследований (многопроекционной и прицельной спондилографии, снимков позвоночника в косых и  $3/4$  проекциях, рентгенографии с прямым увеличением изображения, томографии), включая и денситометрическое, дает возможность выявить определенные закономерности заращения компрессионных, компрессионно-отрывных и компрессионно-оскольчатых переломов тел позвонков, дужек, суставных, поперечных и остистых отростков.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Базилевская З. В. а) Травма позвоночника и спинного мозга. Л., Медицина, 1965; б) Ортопед. травматол., 1976, 7.— 2. Богданов Ф. Р., Зотикова В. Л. Там же, 1968, 4.— 3. Богданович У. Я., Акбердина Д. Л. Там же, 1976, 3.— 4. Виноградова Т. П., Лаврищева Г. И. а) В кн.: Материалы сессии ЦИТО с институтами травматологии, ортопедии и протезирования Украины. Харьков, 1967; б) Ортопед. травматол., 1971, 3.— 5. Воробьев Н. А. В кн.: Материалы сессии ЦИТО с институтами травматологии, ортопедии и протезирования Украины. Харьков, 1967.— 6. Есиновская Г. Н. Краткое пособие по нейрорентгенологии. Л., Медицина, 1973.— 7. Зотикова В. Л., Овчаренко С. С. В кн.: Экспертиза трудоспособности при некоторых заболеваниях. Днепропетровск, 1966.— 8. Камалов И. И. В кн.: Новые методы исследования и лечения в травматологии и ортопедии. Л., 1977.— 9. Клионер И. Л. Старческие и дегенеративные изменения в суставах и позвоночнике. М., Медицина, 1962.— 10. Косинская Н. С. Дегенеративно-дистрофические поражения костно-суставного аппарата. Л., Медицина, 1961.— 11. Лаврищева Г. И., Дубров Э. Я. В кн.: Материалы научной сессии по травматол. и ортопед. Рига, 1966.— 12. Лаврищева Г. И. а) Ортопед. травматол., 1968, 8; б) в кн.: Материалы 6-й конференции «Итоги современных исследований по изучению процес. регенерации и клеточн. размножения». М., 1971.— 13. Майкова-Строганова В. С., Рохлин Д. Г. Кости и суставы в рентгеновском изображении. Л., Медицина, 1957.— 14. Мовшович И. А., Кашигина Е. А. Ортопед. травматол., 1973, 2.— 15. Новаченко Н. П., Приходько А. К., Горбачев М. С. Нов. хир. арх., 1955, 1.— 16. Рамих Э. А. а) Ортопед. травматол., 1972, 3; б) Репаративная регенерация переломов тел позвонков. Автореф. докт. дисс., М., 1975.— 17. Рейнберг С. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М., Медицина, 1964, 1.— 18. Рубашева А. Е. Частная рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. Киев, 1967.— 19. Селиванов В. П., Бери В. Е. Хирургия, 1976, 9.— 20. Стецула В. И. Репаративная регенерация длинных трубчатых костей при компрессионном остеосинтезе. Автореф. докт. дисс., Свердловск, 1965.— 21. Тагер И. Л., Дьяченко В. А. Рентгенодиагностика заболеваний позвоночника. М., Медицина, 1971.— 22. Трубников В. Ф., Белоус А. М., Панков Е. Я. Ортопед. травматол., 1975, 12.— 23. Чаклин В. Д., Абальмасова Е. А., Лаврищева Г. И. Там же, 1963, 1.— 24. Шустин В. А., Эльяшев А. И. Регенерация костной ткани и способы ее стимуляции. М.-Л., 1939.— 25. Andersen L. D. J. Bone Jt Surg., 1965, 47-A, 191.— 26. Cartier B., de Bernard B., Lagrange J. Bull. Soc. Clin. biol. Paris, 1960, 42, 427.— 27. Charnley J. J. Bone Jt Surg., 1948, 30-B, 476.— 28. Danis A. Bull. Soc. int. Chir., 1960, 19, 647.— 29. Koskinen E. V. S. In: Callus Formation. Budapest, 1967.— 30. Krompecher St. Ibid.— 31. Küntscher G. Ibid.— 32. Matzen P. Ibid.— 33. Shenn R., Willengger H. Ibid.— 34. Willengger H. Schwierigkeiten und Problematik der Osteosynthese. Chir., 1971, 42, 241—252.

Поступила 28 сентября 1978 г.

## ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 615.273.53:616.127—005.4

Н. П. Рудиков (г. Ахтубинск, Астраханской обл.).

Опыт профилактического лечения антикоагулянтами больных хронической ишемической болезнью сердца в участковой больнице

С января 1969 г. по декабрь 1977 г. нами в стационаре участковой больницы и амбулаторно проведено обследование и лечение гепарином или антикоагулянтами непрямого действия 221 больного с различными проявлениями ишемической болезни

сердца (мужчин — 148, женщин — 73). 51 больной перенес инфаркт миокарда, у 35 была артериальная гипертензия, у 4 — сахарный диабет; у 118 больных отмечались частые приступы стенокардии, у 3 диагностирована сердечная астма, у 77 выявлены признаки сердечной недостаточности I степени. Различные нарушения сердечного ритма отмечены у 26 больных: мерцательная аритмия — у 20, экстрасистолия — у 4, синусовая тахикардия — у 2; нарушения атрио-вентрикулярной, внутрипредсердной и внутрижелудочковой проводимости — у 37. При аускультации тоны сердца оказались приглушены у 59 лиц, систолический шум на верхушке определялся у 66.

Все больные разделены на три группы. Больные 1-й группы (84 чел.) получали гепарин, 2-й (46) — антикоагулянты непрямого действия (синкумар) и 3-й (контрольной) группы (91) — сосудорасширяющие средства (папаверин, но-шпа). Гепарин больным 1-й группы вводили подкожно (по методике Б. Е. Вотчала) на передней брюшной стенке на уровне гребешковой линии, дважды в сутки — через 12 ч по 10 000 ед. с учетом времени свертывания крови. Эффективной мы считали дозу гепарина, обуславливающую удлинение свертывания крови в 2 раза. В дальнейшем дозу гепарина уменьшали до 5000 ед. по 2—3 раза в сутки или оставляли прежней в зависимости от времени свертывания крови.

Лечение гепарином и синкумаром проводили в течение 3—4 нед курсами весной и поздней осенью. При лечении синкумаром мы стремились снизить протромбиновый индекс до 70%. Определяли его 2 раза в неделю, предварительно убедившись в хорошей переносимости препарата и отсутствии побочных явлений. Мочу, количество тромбоцитов и кровь исследовали 1 раз в неделю. Уровень холестерина крови и бета-липопротеидов изучали до и после лечения; проводили в динамике ЭКГ.

Уже в процессе лечения у 41 больного основных групп прекратились приступы стенокардии; после лечения ЭКГ-признаки ишемии перестали определяться у 28 больных ( $P > 0,05$ ) и уменьшились у 76 ( $P < 0,025$ ). В контрольной группе ишемия исчезла у 9 чел. и уменьшилась у 18.

Отсутствие положительной ЭКГ-динамики в 1 и 2-й группах констатировано только у 26 больных, а в контрольной — у 64 ( $P < 0,005$ ). Болевой синдром ликвидировался в 1 и 2-й группах у значительно большего числа больных; инфарктов и реинфарктов в этих группах было в 3 раза меньше, чем в контрольной группе. Следует отметить, что лучшие результаты получены в 1-й группе. Осложнений в ходе лечения не наблюдалось.

Следовательно, длительное профилактическое лечение больных хронической ишемической болезнью антикоагулянтами уменьшает болевой синдром, частоту инфарктов, реинфарктов и снижает летальность у этих больных. Положительный клинический эффект от применения гепарина в дозе 10 000 ед 2 раза в сут наблюдается в ( $81,5 \pm 5\%$ ). К концу курса лечения в группе больных, получавших гепарин, улучшение ЭКГ констатировано у большего процента пациентов ( $41 \pm 7,6\%$ ), чем у леченных синкумаром и папаверином, но-шпой ( $24 \pm 8,3\%$ ).

Курсовое лечение гепарином в стационаре способствует снижению содержания холестерина и бета-липопротеидов.

Оптимальный терапевтический эффект синкумара проявляется при уровне протромбинового индекса в пределах 70%.

Подкожное введение гепарина в средних дозах для терапии хронической ишемической болезни сердца можно рекомендовать как эффективное средство. Лечение может быть начато в стационаре с последующим долечиванием больных в поликлинике участковой больницы.

УДК 616.12—008—005.4—08—039.57

**З. Ш. Загидуллин, А. Х. Ямалов, Э. Г. Галимова, Л. Н. Шаронова, А. Ф. Макарова, Л. И. Меерсон (Уфа). Эффективность поликлинического лечения больных хронической ишемической болезнью сердца**

В 1975—1977 гг. на диспансерном наблюдении и лечении в поликлинике Башкирского филиала Академии наук СССР находилось 36 больных хронической ишемической болезнью сердца (26 мужчин и 10 женщин в возрасте от 30 до 71 года). 29 больных — научные работники, остальные — служащие и рабочие.

В поликлинике применялись следующие лабораторные и инструментальные способы исследования: измерение АД, ЭКГ в 12 отведениях, рентгенологические методы, общий анализ крови и мочи, определения уровня сахара в крови, С-реактивного белка, холестерина,  $\beta$ -липопротеидов, общих липидов, триглицеридов, свободного гепарина, времени рекальфикации плазмы, толерантности плазмы к гепарину, фибриногена, фибринолитической и протромбиновой активности.

При оценке состояния здоровья мы также пользовались данными историй болезни и других документов стационаров, санаториев, курортов, профилакториев и прочих лечебно-профилактических учреждений, где больные находились на лечении. Это позволило проследить динамику развития болезни с момента ее начала до поликлинического диспансерного наблюдения.

Данные анамнеза: 9 обследованных указали на длительное курение и 11 — на частое употребление алкоголя; из перенесенных заболеваний все отметили грипп, пнев-