

бронхит, у 9 — бронхоэктазы, у 6 — бронхиальная астма, у 47 — пневмонии, у 57 — пневмосклероз, у 87 — эмфизема легких, у 3 — рак легкого, у 13 — туберкулез легких и у 4 — плевриты; у 62 больных было сочетание различных заболеваний легких). Нам чаще приходилось наблюдать развитие инфаркта миокарда на фоне эмфиземы легких, пневмосклероза, хронического бронхита. Пневмонии нередко развивались у больных с тяжелым течением инфаркта миокарда и значительно ухудшали прогноз. У больных с инфарктом миокарда, возникшим впервые, сопутствующие легочные заболевания отмечены в 26,1%, с повторным — в 34,9%.

При сопутствующих легочных заболеваниях чаще наблюдалось атипичное течение инфаркта миокарда (у 58,5% больных, против 30,3% в группе не страдающих ими). У больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями чаще наблюдаются астматический вариант.

Острая левожелудочковая недостаточность нами диагностирована у 15,8% больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями и у 1,7% больных без легочных заболеваний.

Мы установили значительное увеличение числа лиц с хронической сердечно-сосудистой недостаточностью среди больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями.

На ЭКГ у многих больных инфарктом миокарда с хроническими легочными заболеваниями, кроме изменений, характерных для инфаркта, мы находили снижение вольтажа QRS во всех отведениях, высокий зубец P во II и III отведениях, отклонение электрической оси сердца вправо, смещение интервала S—T в III и в правых грудных отведениях.

При БКГ-обследовании у больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями выявлены выраженные нарушения сократительной функции миокарда III и IV ст. по Броуну, снижение БКГ-индекса ниже 0,3, значительная гипокинемия и деформация волн систолического комплекса.

У больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями чаще возникали различные нарушения сердечного ритма.

У 33,5% больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями наблюдалось затяжное течение заболевания (без легочных заболеваний — у 11,5%).

У этих больных на протяжении длительного времени (от 1 до 6 месяцев) периодически появлялись боли в области сердца или приступы сердечной астмы, держалась субфебрильная температура, лейкоцитоз и ускоренная РОЭ.

У больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями различные осложнения были диагностированы в 34,2%, у больных без легочных заболеваний — в 9,2%.

У 21,6% больных инфарктом миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями были тромбозы и эмболы различных органов, у 11,1% — инфаркты легких. У больных инфарктом миокарда без сопутствующих легочных заболеваний тромбоэмболические осложнения выявлены в 5,4%.

Прогноз при инфаркте миокарда с сопутствующими легочными заболеваниями был более тяжелым, чем при их отсутствии. В первом случае летальность составляла 35,5%, во втором — 4,2%.

Особенно неблагоприятным был прогноз при инфаркте миокарда с сопутствующим туберкулезом, пневмонией, диффузным пневмосклерозом.

Так как сопутствующие легочные заболевания ухудшают течение и прогноз при инфаркте миокарда, необходимо обращать особое внимание на их терапию.

УДК 616.127—005.8

### Т. Е. Апрелева (Саратов). Течение инфаркта миокарда по материалам больницы за 5 лет

В течение 1961—1965 гг. во 2-й городской клинической больнице находились 173 женщины и 230 мужчин с инфарктом миокарда, из них умерло 119 (29,5%). Наибольшая летальность — у больных старше 70 лет.

Инфаркт миокарда возник на фоне гипертонической болезни в сочетании с атеросклерозом у 75 женщин и 78 мужчин, на фоне атеросклероза без гипертонической болезни — у 97 женщин и 151 мужчины. У 1 больной, 38 лет, инфаркту миокарда предшествовал лептопахименингит, у 1 больной, 37 лет, — сепсис вследствие ракового поражения органов брюшной полости.

В I группе умерло 35,9%, во II — 25,4%.

Приступы грудной жабы до инфаркта миокарда отмечены у 313 чел., а из 119 умерших — у 88.

У 340 больных на ЭКГ был выявлен крупноочаговый инфаркт миокарда, из них умерло 112, у 58 — мелкоочаговый, из них умерло 4.

У 49 больных инфаркт миокарда возник повторно при наличии старых рубцовых изменений в миокарде, из них умерло 19.

По ЭКГ-показателям наиболее частой локализацией инфарктов была передняя и передне-боковая стенка левого желудочка. Изолированное поражение межжелудочковой перегородки было у 4 больных, 3 из них умерли.

Нарушение сердечного ритма и частоты сердечных сокращений наблюдалось у 52%, а из 119 умерших — у 85,8%.

Нарушение сердечного ритма чаще встречалось у больных пожилого возраста, у страдающих гипертонической болезнью и при повторных инфарктах. Стойкая тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия отмечены у 91 из 119 умерших и у 80 из 284 выписавшихся.

Из 119 умерших сопутствующие заболевания были у 68, из 284 выписавшихся — у 71.

Из 272 поступивших в первые 3 дня болезни умерло 90 чел., из 83 поступивших на 4—10-й день — 14. Наибольшая летальность в первые три дня болезни вызвана тем, что в это время в больницу поступали тяжелые больные в состоянии коллапса, острой коронарной недостаточности.

Непосредственной причиной смерти у 51 больного явился коллапс, из них 12 умерло через 5—10 мин. после поступления в больницу, 11 — в первые сутки от начала заболевания, 10 — на 2—5-й день заболевания, 18 — в более поздние сроки.

25 больных умерли от разрыва сердца, из них у 6 разрыву предшествовало образование аневризмы сердца. У 23 больных, умерших от разрыва сердца, на ЭКГ был выявлен обширный трансмуральный инфаркт миокарда. 15 чел. умерли от острой коронарной недостаточности, 16 — от общего нарушения кровообращения, 12 — от тромбоэмболических осложнений. От нарушения кровообращения умирали преимущественно больные в возрасте старше 60—70 лет, в среднем на 30—40-й день заболевания. От острой коронарной недостаточности умирали больные в возрасте старше 60—70 лет, в среднем на 2—5—10-й дни от начала возникновения инфаркта миокарда. От тромбоэмболических осложнений умерло 12 чел. в возрасте 63—86 лет.

Тромбоэмболические осложнения наблюдались у 6 больных из 97, не получавших антикоагулянты, и у 10 из 306, лечившихся антикоагулянтами. Из 306 больных, получавших антикоагулянты, умерло 69, из 97 не получавших антикоагулянты — 50, из них в первые минуты или в течение 1—2 часов с момента поступления — 15. На основании приведенных данных можно сделать вывод, что применение антикоагулянтов способствует уменьшению числа тромбоэмболических осложнений и летальности.

УДК 616.211—002.259—616.33—002

#### **А. И. Бикбаева (Уфа). Секреторная функция желудка у больных озоной**

Исследование желудочной секреции у 50 больных озоной мы проводили при помощи метода толстого зонда после пробного завтрака Боас—Эвальда, состоящего из 35 г белого хлеба без корки и 400 мл воды комнатной температуры. Через 60 мин. получали содержимое желудка одновременно.

У 30 больных нами выявлена пониженная кислотность желудочного сока, у 6 — ахилия. У этих 6 больных озоновый процесс захватывал слизистую трахеи; у них же был очень низкий процент поглощения йода щитовидной железой при радиодиндикации (1; 1; 5% через 2; 4 и 24 часа при норме 8,5; 21,3%).

У 9 больных выявлена нормальная кислотность желудочного сока в сочетании с незначительной гипофункцией щитовидной железы, а у 5 — повышенная также при картине гипотиреоза. Механизм нарушенной секреторной деятельности желудка у наших больных можно объяснить действием гормона щитовидной железы на функцию желудка.

УДК 616.33—002

#### **В. В. Певчих, В. В. Трусов, И. А. Белослудцев и И. А. Шинкарева (Ижевск). Об эффективности некоторых методов лечения больных с хроническими гастритами**

В 1958—1965 гг. мы наблюдали 2287 больных хроническими гастритами (787 — в стационаре и 1500 — в профилактории).

В стационаре комплексное лечение атропином, бромидами, новокаином и физиопроцедурами мы провели у 401 больного, холинолитическими препаратами — у 284, сухим соком белокочанной капусты — у 52, АКТГ и глюкокортикоидами — у 50. При нормальном и повышенном дебите соляной кислоты больные получали стол № 1, при пониженном — № 2.

Сухой сок белокочанной капусты, полученный во Всесоюзном институте лекарственных и ароматических растений (ВИЛАР), мы назначали по 2 г 3 раза в день за 20—30 мин. до еды. У 47 из 52 больных достигнут хороший лечебный эффект. У 23 больных этой группы через 3—4 дня полностью исчезла боль в подложечной области, одновременно уменьшились диспепсические расстройства, нормализовался стул. У 24 больных значительно уменьшилась боль в подложечной области, исчез комплекс диспепсических расстройств. Влияние сока было благоприятным у больных как гипацидными гастритами, так и гиперацидными. Лучший эффект наблюдался у больных молодого возраста с небольшим сроком заболевания. Под влиянием сухого сока капусты отмечалась нормализация экскреторной (проба с нейтральрот) и моторной (манометрогра-