

Повторно снятая ЭКГ оставалась стабильной, но белковые фракции в динамике отражали течение инфаркта миокарда.

Через 7 недель б-ная была выписана в удовлетворительном состоянии с нормальной белковой формулой.

Спустя 3 месяца б-ная вновь остро заболела, 13/IV-58 г. проснулась от сильнейших болей в области сердца с иррадиацией в правую руку, шею и нижнюю челюсть. Доставлена в тяжелом состоянии с симптомами, типичными для острого инфаркта миокарда.

Отмечены сердечно-сосудистая недостаточность, повышенная температура, лейкоцитоз (14 800).

На ЭКГ — свежий задний инфаркт миокарда.

Несмотря на энергичное лечение (сердечные, дикумарин, кислород), б-ная скончалась.

По заключению прозектора, у нее было два инфаркта: с локализацией в межжелудочковой перегородке (рубцы соединительной ткани, следы первого, бывшего ранее инфаркта) и обширный свежий инфаркт с локализацией в задней стенке.

Приведенное подтверждает, что электрофоретический метод исследования белковых фракций крови является ценным дополнительным методом в диагностике различных вариантов инфаркта миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев В. М. Тер. арх., 1958, 9.

Поступила 29 января 1960 г.

ПРИМЕНЕНИЕ АКТГ И ГОРМОНОВ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

И. Т. Мальцев

(Омск)

Из бывших под нашим наблюдением больных (65 мужчин и 135 женщин) лечились только АКТГ 164, только кортизоном — 18, АКТГ и преднизоном — 8, только преднизоном — 10 чел.

По возрасту больные распределялись следующим образом: до 20 лет — 22 чел., от 21 до 40 лет — 85, от 41 до 60 лет — 90 и свыше 60 лет — 3 чел.

Состав больных, длительность лечения и количество применявшихся препаратов представлены в след. таблице:

Заболевания	Число больных	Среднее кол-во койко-дней	Количество препарата на 1 курс		
			кортизона	преднизона	АКТГ
Инфекционный хронический неспецифический полиартрит	71	34	2550 мг	500 мг	850
Эксудативный туберкулезный плеврит	33	23	1200	550 мг	540
Бронхиальная астма	24	32	1500	—	645
Ревматизм в активной фазе	22	46	10 0	—	600
Бруцеллез	10	26	—	—	420
Болезнь Верльгофа	9	25	1150	—	800
Болезни печени	6	31	—	—	880
Ангионевротический отек	6	8	—	—	300
Болезни крови	5	4	1700	—	1200
Болезнь Симмондса	4	28	1800	—	590
Прочие болезни ¹	10	27	1700	—	460

¹ В группу «прочие» вошли больные плеригландулярной недостаточностью, болезнью Маркиафава, хроническими колитами, лимфогрануломатозом, нефрозом и красной волчанкой.

Кортизон дозировался по общепринятой схеме: 1-й день — 300 мг, 2 — 200 мг, 3 — 100 мг, 4 — 75 мг и 5-й день — 50 мг, вводился он внутримышечно до наступления нужного терапевтического эффекта. АКТГ мы применяли по трем вариантам: 30 больных получали по 20 ед. в день, 118 по 40—60 ед. и 24 по 80—90 ед. в сутки. Преднизон давался по 20—30 мг 10 больным. Большие дозы АКТГ мы применяли при бруцеллезе, некоторых случаях хронического инфекционного неспецифического полиартрита, нефрозе, красной волчанке и тяжелых затянувшихся паренхиматозных гепатитах.

Во всех случаях, где у больных выявлялась очаговая инфекция, лечение АКТГ, преднизолом и кортизоном проводили одновременно с антибиотиками, а при суставной патологии — еще и физиотерапевтическими процедурами, лечебной гимнастикой. Для избежания излишней травматизации больных АКТГ и антибиотики обычно вводились в одном шприце внутримышечно.

Все больные туберкулезными плевритами как с инфильтративными изменениями в легких, так и без них лечились только комбинированным методом: АКТГ, преднизолом или кортизоном в сочетании со стрептомицином или фтивазидом. Таблетированный кортизон применялся нами только у 2 больных.

Из 200 больных 13 лечились повторно: 12 по 2 раза, и одна с хроническим инфекционным неспецифическим полиартритом поступала в клинику 8 раз ввиду быстро наступавшего обострения.

Особенно успешно протекало лечение больных экссудативными плевритами, бруцеллезом, аллергическими заболеваниями.

Хороший терапевтический эффект мы получили при острых туберкулезных экссудативных плевритах. Из 33 больных только у 3 не было получено хорошего результата, причем это относится к больным с геморрагическим характером эксудата.

Результаты лечения у больных хроническими неспецифическими полиартритами следующие:

Тип и стадии полиартрита по А. М. Нестерову	Число больных	Результаты лечения		
		хорошие	удовлетворительные	без эффекта
Хронический инфекционный неспецифический полиартрит, преимущественно с экссудативными явлениями	23	21	2	—
Хронический инфекционный неспецифический полиартрит, преимущественно с пролифер. явлениями	33	5	28	—
Хронический инфекционный неспецифический полиартрит, преимущественно с фиброзными явлениями	15	—	6	9

Из общего числа этих больных с II степенью функциональной недостаточности было 42 и III — 29 чел.

В качестве примера хорошего результата лечения приводим следующие наблюдения.

I. Б-ная М., 34 лет, поступила в 1956 г. по поводу хронического неспецифического полиартрита. Болеет с 1950 г. Заболевание связывает с перенесенной ангиной, тогда болели все суставы рук и ног. Вскоре наступила деформация суставов, и движения в них стали резко ограничены и болезненны. Лечилась 6 месяцев в стационаре (Алма-Ата) без особого успеха. Впоследствии длительное время лечилась амбулаторно, также безуспешно.

При поступлении: суставы деформированы, движения в них резко ограничены, болезненны, припухшие, отечны, без покраснения. Пальпация суставов очень болезненна. При обследовании выявлен комбинированный митральный порок сердца. Температура субфебрильная. В клинике получала АКТГ по 15 ед. 4 раза в день внутримышечно одновременно с пенициллином. Выписалась в хорошем состоянии. До настоящего времени чувствует себя хорошо. Выполняет все работы по службе и дома.

II. Б-ная Т., 24 лет, поступила в 1954 г., больна 4 года, заболевание связывает с простудой. Вначале болели только крупные, а вскоре боль появилась и в мелких суставах. Через месяц от начала заболевания движения в суставах стали невозможными из-за болей. Нуждалась в постороннем уходе.

При поступлении: суставы деформированы, отечны, движения в них резко болезненны. Нуждается в постороннем уходе. Получала АКТГ совместно с пенициллином. Через 7 дней боли в суставах прекратились, уменьшилась отечность, на 10 день

начала ходить. Выписалась в хорошем состоянии. До настоящего времени чувствует себя хорошо, выполняет тяжелую физическую работу. Ранее безуспешно лечилась антибиотиками, салицилатами и физиотерапевтическими процедурами.

При бронхиальной астме эффект оказался в большинстве случаев нестойким. Как только прекращалось введение гормонов, через несколько дней вновь возникали приступы удушья, хотя, как правило, и меньшей силы, чем до лечения.

При активной фазе ревматизма отмечались быстрое улучшение самочувствия, снижение температуры, исчезновение болей, припухлости и красноты суставов, нормализация картины крови, особенно РОЭ.

III. Б-ной Б., 35 лет, поступил 5/III-58 г. с жалобами на боли в суставах, потливость. Болен с 1948 г. Заболевание связывает с простудой. Лечился в больницах. Последнее обострение возникло 10 дней назад. Температура повысилась до 39°, появились резкие боли в суставах, краснота, припухлость и резкая болезненность в них. Была потливость. Из-за болей в суставах обездвижен.

При поступлении: положение пассивное, сознание ясное, обездвижен, температура — 39°, суставы припухшие, гиперемированы, движения в них резко болезненны. Со стороны органов дыхания, кровообращения, пищеварения патологии не найдено.

В моче следы белка и единичные неизмененные эритроциты. Анализы кала и мочи, данные ЭКГ и рентгенисследования — без особенностей. Кровь: Нв — 83%, РОЭ — 50 мм/час, Л. — 8 200, п. — 2%, с. 71%, л. — 24%, м. — 3%.

Диагноз: ревматизм в активной фазе (3-я атака).

Б-ной получал АКТГ по 45 ед. в сочетании с пенициллином. Через день температура упала до нормы, начали быстро исчезать боль в суставах, припухлость, краснота; еще через день начал ходить и от постельного режима отказался.

Неэффективным было лечение гормонами у 6 больных ревматизмом с тяжелой хронической сердечно-сосудистой недостаточностью III степени.

При болезни Верльгофа (9 больных) мы от гормонотерапии не видели хорошего результата. Лишь у 3 больных можно было отметить некоторое уменьшение геморрагических проявлений.

При болезни Симмондса мы получили у 2 больных (из четырех) хороший результат. На хороший эффект можно при этом заболевании рассчитывать, по нашему мнению, лишь в недалеком зашедших случаях и при еще сохранившейся функции надпочечников. Кортизонотерапия в этих случаях более эффективна, чем АКТГ.

При болезни Боткина (3 больных) АКТГ и кортизон дали хороший результат.

Хорошие результаты получены от гормонотерапии при хроническом колите, красной волчанке, нефрозе.

Из числа леченных АКТГ и кортикостероидами АД повысилось у 17 (8,5%), у 3 без какого-либо влияния на самочувствие. После отмены АКТГ АД через 4—7 дней приходило к норме без дополнительной терапии. У 11 (5,5%) больных АД во время лечения понизилось, в части случаев с 220/120 до 150/100. У 172 (86%) больных АД не изменялось.

Наблюдались общая пастозность, ожирение с элементами синдрома Иценко-Кушинга у 8 больных. После прекращения введения гормонов все явления исчезали без применения мочегонных средств.

Динамическое наблюдение за весом было проведено у 125 больных. Увеличение веса от 1 до 5 кг имело место у 78 больных. Снижение на эту же величину было у 17 и без изменения у 30 больных. У больной с нефрозом без мочегонных вес тела за 5 дней снизился на 10 кг при диете № 7.

У большинства больных при малых и средних дозах гормонов в формуле белой крови существенных изменений не наблюдалось. Ни у одного больного сахар крови не выходил за пределы физиологических норм.

Поступила 23 ноября 1959 г.

О ЗНАЧЕНИИ ДИНАМИЧЕСКОЙ БАЛЛИСТОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА¹

Студ. В. А. Гефтер

Кафедра факультетской терапии (научный руководитель работы — канд. мед. наук А. П. Матусова) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Об эффективности активных методов терапии сердечной недостаточности судят, как известно, по уменьшению клинических симптомов застойной декомпенсации: одышки, отеков, цианоза, а также застоя в легких и печени, нормализации венозного давления.

¹ Доложено на межинститутской студенческой научной конференции в Свердловске 6/IV 1959 г.