

# СРАЧЕБНОЕ ДЕЛО

BRUNSWICK

३० अप्रैल १९४८ विजयवार्षी  
३१ अप्रैल १९४८ विजयवार्षी

9

1971  
КИЕВ

В целом, учитывая высокую кардио-васкулярную активность серотонина, в частности, возможность получения «серотонинового инфаркта» в эксперименте (В. В. Закусов, 1963), можно предположить, что при переходе значительных количеств серотонина из связанной формы в активную, как это имеет место при остром инфаркте миокарда, может наблюдаться ухудшение в течении патологического процесса.

#### Л и т е р а т у р а

Б а с с а л ы к Л. С., Б о л ь ш а к о в а Т. Д., К у н И. С., С а ли м о н Ф. Л. Труды I Московского мед. ин-та, т. 52, 1967, стр. 254.—З а к у с о в В. В. Фармакол. и токсикол., 1963, № 2, стр. 131.—М а л а я Л. Т., В а с ильев Ю. М. В кн.: Важнейшие вопросы сердечно-сосудистой патологии, Киев, 1967, стр. 126.—Панченко В. М., К а лишевская Т. М. Клин. мед., 1968, № 5, стр. 77.—Ч ернов Г. А., Л и пац А. А. Патол. физиол. и экспер. терап., 1962, № 3, стр. 80.

#### S U M M A R Y

#### SEROTONINE METABOLISM IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

A. I. S a v e l y e v (Odessa)

Investigation of 52 patients indicates a significant decrease of blood serotonin in the acute period of myocardial infarction, this decrease being particularly pronounced in those with a severe course of the infarction and lethal outcome in the acute period. Normalization of serotonin metabolism began by the second week of the disease.

The mechanism of serotonin reduction in patients with myocardial infarction is discussed and it is suggested that reduction of serotonin might worsen the course of the pathological process.



УДК 616.132.2-004.6-08

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОЛИКОРА У БОЛЬНЫХ СКЛЕРОЗОМ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ СЕРДЦА

Проф. А. Д. ВИЗИР, доц. З. Е. ГРИГОРЬЕВА, Г. Л. ШАФРАН

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.—проф. А. Д. Визир)  
Запорожского медицинского института, Шестая городская клиническая больница

Фоликор (Магдебургские народные химико-фармацевтические фабрики Фальберг-Лист) представляет собой производное дифенилпропиламина, расширяет венечные сосуды, обладает незначительным симпатолитическим и седативным действием. В доступной нам литературе мы не встретили исследований, посвященных механизму действия и эффективности препарата фоликор, имеющегося в аптечной сети и рекомендованного для лечения коронарной недостаточности. Настоящее исследование ставит своей задачей изучение этих вопросов.

Фоликор применен у 38 больных коронарным атеросклерозом в фиброзной стадии (по классификации А. Л. Мясникова), в возрасте 40—70 лет. Мужчин — 18, женщин — 20. Вторая степень хронической коронарной недостаточности (по классификации Л. И. Фогельсона, 1957) отмечена у 25 больных, третья — у 13. Из общего числа обследованных у 14 больных атеросклероз венечных артерий сердца протекал на фоне гипертонической болезни II стадии в лабильной и стабильной фазах (А. Л. Мясников, 1965). Выраженных гемодинамических нарушений у наблюдавших больных не было.

Диагностика атеросклероза осуществлялась на основании клинических данных, показателей состояния липидного обмена (холестерин, лецитин, липопротеиды), электрокардиографического исследования и пр.

С целью выяснения механизмов влияния препарата на венечное кровообращение определялись катехоламины (общий, свободный и связанный адреналин и норадреналин) в суточном количестве мочи

флюоресцентно-аналитическим методом, экскреция с мочой 17-кетостероидов (17-КС) колориметрическим методом с использованием реакции Циммермана. Электролиты (калий и натрий) изучались методом пламенной фотометрии в сыворотке крови, эритроцитах и моче. Полученные цифровые данные обработаны методом вариационной статистики (И. А. Ойвин, 1960). В качестве контроля обследовано 11 практически здоровых в возрасте 19—21 года.

Результаты лечения учитывались нами в зависимости от динамики клинических и биохимических показателей и расценивались как значительное улучшение, улучшение, без эффекта. Препарат назначался по одному-два драже три раза в день. Курс лечения составлял в среднем 25—30 дней.

У наблюдавшихся нами больных холестерин сыворотки крови составил  $244,6 \pm 8,2$  мг%, лецитин —  $195,0 \pm 16,3$  мг%,  $\alpha$ -липопротеины —  $12,2 \pm 1,4$ %,  $\beta$ -липопротеины —  $87,8 \pm 1,4$ % ДФА —  $0,236 \pm 0,005$ , С-реактивный белок оказался положительным у 13 из 22 обследованных, общий белок составил  $8,30 \pm 0,15$  г%, альбумины  $50,0 \pm 1,0$ %,  $\alpha_1$ -глобулины —  $6,3 \pm 0,33$ %,  $\alpha_2$ -глобулины —  $9,4 \pm 0,75$ %,  $\beta$ -глобулины —  $13,3 \pm 0,57$ %,  $\gamma$ -глобулины —  $21,0 \pm 1,17$ %. Катехоламины 17-КС и электролиты изучались с учетом стадии развития атеросклероза и степени коронарной недостаточности.

Все наблюдавшиеся нами больные поступали с выраженным болевым синдромом, частыми приступами стенокардии. Под влиянием фоликора частота приступов и выраженность болевого синдрома постепенно уменьшались, и к 12—20-му дню приступы стенокардии прекратились у 29 больных, значительно реже и менее интенсивными стали у 9. Побочных действий препарата не выявлено. Фоликор обладает профилактическим действием, не купируя приступа грудной жабы.

Существенных изменений на электрокардиограмме в процессе лечения выявлено не было, что объясняется, по-видимому, выраженным атеросклеротическим поражением венечных артерий сердца с последующим развитием необратимого диффузного фиброзного поражения миокарда. Лишь у двух больных отмечалось смягчение коронарной недостаточности в виде положительной динамики конечной части желудочкового комплекса, и у одного больного к концу срока лечения исчезла желудочковая экстрасистолия.

У больных атеросклеротическим кардиосклерозом уровень адреналина до лечения был значительно повышен и составил  $33,14 \pm 4,04$  мкг/сутки (норма  $22,62 \pm 1,82$  мкг/сутки,  $P < 0,05$ ). После лечения содержание общего адреналина существенно не изменилось ( $36,43 \pm 4,60$  мкг,  $P > 0,5$ ). Содержание свободного адреналина имело тенденцию к повышению (до  $16,18 \pm 2,1$  мкг/сутки при норме  $12,43 \pm 0,95$  мкг,  $P > 0,1$ ) и существенно не менялось к концу лечения ( $18,00 \pm 2,34$  мкг,  $P > 0,5$ ). Связанный адреналин составил  $16,80 \pm 2,26$  мкг/сутки (норма  $10,2 \pm 1,46$  мкг,  $P < 0,02$ ) и существенно не изменился на протяжении лечения ( $17,76 \pm 2,6$  мкг,  $P > 0,5$ ).

В отличие от общего адреналина содержание норадреналина до лечения имело тенденцию к снижению и составляло  $77,14 \pm 6,73$  мкг/сутки (при норме  $81,6 \pm 6,37$  мкг,  $P > 0,5$ ), не изменившись существенно к концу лечения ( $83,28 \pm 10,42$  мкг,  $P > 0,5$ ). Показатели содержания свободного и связанного норадреналина у больных этой группы существенно не отличались от контрольных цифр и составляли соответственно  $20,35 \pm 2,85$  мкг (норма  $18,35 \pm 2,03$  мкг) и  $56,78 \pm 6,1$  мкг (норма  $62,53 \pm 5,83$  мкг), а после лечения —  $20,89 \pm 1,8$  мкг и  $62,02 \pm 8,1$  мкг ( $P > 0,5$ ). Экскреция 17-КС составила до лечения  $17,87 \pm 1,7$  мг (норма  $20,59 \pm 1,95$  мг,  $P > 0,2$ ), к концу лечения отмечена тенденция к увеличению 17-КС (до  $22,06 \pm 3,2$  мг,  $P > 0,2$ ).

Таким образом, у больных атеросклеротическим кардиосклерозом выявлено отчетливое повышение общего и связанного адреналина, тенденция к снижению норадреналина и 17-КС. Лечение фоликором существенно не отразилось на содержании катехоламинов и способствовало нормализации уровня 17-КС.

Натрий плазмы, эритроцитов и мочи до лечения был несколько ниже контрольных цифр и составил соответственно  $136,0 \pm 3,0$  мэкв/л,  $18,0 \pm 1,4$  мэкв/л и  $3028,0 \pm 342,4$  мг (при норме соответственно  $143,5 \pm 11,9$ ,  $18,9 \pm 2,0$  и  $3334,0 \pm 473,0$ ,  $P > 0,5$ ). В процессе лечения фоликором содержание натрия в указанных средах существенно не изменилось.

Калий плазмы, эритроцитов и мочи до лечения был несколько выше контрольных цифр и составил соответственно  $4,2 \pm 0,22$  мэкв/л,  $80,6 \pm 3,3$  мэкв/л и  $1784,0 \pm 138,0$  мг (при норме соответственно  $3,9 \pm 0,19$ ,  $78,9 \pm 2,8$  и  $1641,0 \pm 214,8$ ). Под влиянием фоликора выявлена тенденция к накоплению калия в эритроцитах (до  $85,0 \pm 3,5$ ,  $P > 0,2$ ). Содержание калия в плазме и экскреция его существенно не изменились.

В результате изучения влияния фоликора на содержание катехоламинов, 17-КС и электролитов у больных хронической коронарной недостаточностью II степени мы пришли к заключению, что содержание катехоламинов в процессе лечения существенно не изменилось, составив: адреналин общий —  $34,3 \pm 5,8$  мкг ( $P < 0,05$ ), свободный —  $17,87 \pm 2,19$  мкг ( $P < 0,05$ ) и связанный —  $17,82 \pm 2,9$  мкг ( $P < 0,05$ ), норадреналин общий —  $79,8 \pm 8,6$  мкг, свободный —  $20,05 \pm 4,26$  мкг, связанный —  $58,74 \pm 7,8$  мкг ( $P > 0,5$ ). Уровень 17-КС под влиянием фоликора имел тенденцию к некоторому повышению (до лечения  $19,0 \pm 2,5$  мг, после лечения —  $23,04 \pm 3,68$  мг,  $P > 0,5$ ).

Показатели содержания электролитов в плазме, эритроцитах и моче до лечения существенно не отличались от контрольных цифр. К концу лечения отмечено статистически достоверное увеличение натрия плазмы (до  $154,8 \pm 7,1$  мэкв/л,  $P < 0,05$ ).

В группе больных с третьей степенью хронической коронарной недостаточности до лечения выявлена отчетливая тенденция к накоплению адреналина (до  $30,8 \pm 4,5$  мкг общего, свободного до  $16,06 \pm 2,2$  мкг и связанного до  $14,75 \pm 2,2$  мкг,  $P > 0,1$ ), сохраняющаяся и к концу лечения фоликором. Уровень норадреналина общего ( $71,82 \pm 12,2$  мкг) и связанного ( $51,0 \pm 10,8$  мкг) до лечения имел тенденцию к снижению и увеличился под влиянием фоликора (соответственно до  $90,6 \pm 14,3$  и  $69,0 \pm 10,2$ ,  $P > 0,5$ ). Более существенными оказались изменения содержания 17-КС: до лечения —  $13,3 \pm 1,65$  мг ( $P < 0,01$ ), после лечения —  $22,5 \pm 4,1$  мг ( $P < 0,05$ ).

Показатели содержания электролитов в плазме и эритроцитах у больных этой группы до лечения существенно не отличались от контрольных цифр и не изменились под влиянием лечения. Экскреция натрия с мочой была снижена на протяжении наблюдения (до  $2206 \pm 472,0$  мг), а калия не отличалась от нормы. Влияния фоликора на электролитный обмен не выявлено.

На основании наших наблюдений мы пришли к выводу, что фоликор является эффективным средством для лечения хронической коронарной недостаточности, обладающим свойством предупреждать приступы стенокардии. Для непосредственного купирования их препарат не пригоден. Побочных явлений при лечении фоликором не наблюдалось. В процессе лечения фоликором значительно уменьшалась интенсивность приступов грудной жабы. Фоликор не оказывает существенного влияния на состояние симпато-адреналовой системы и минеральный обмен, приводя к нормализации андрогенной функции коры надпочечников, угнетенной при атеросклерозе.

## Л и т е р а т у р а

Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. М., 1965.— Ойви И. А. Пат. физиол., 1960, № 4, стр. 76.—Фогельсон Л. И. Клиническая электрокардиография, М., 1957.

## S U M M A R Y

### EFFICIENCY OF FOLICOR IN PATIENTS WITH CORONARY ATHEROSCLEROSIS

*A. D. Vizir, Z. E. Grigoryeva and G. L. Shafran (Zaporozhye)*

A new coronarolytic drug "Folicor" was employed in 38 patients with coronary atherosclerosis. Folicor proved efficient in the treatment of chronic coronary insufficiency and prevented stenocardia attacks. No side-effects were observed. Folicor did not substantially effect the state of the sympathico-adrenal system (excretion of catecholamines underwent no significant changes during treatment) and mineral metabolism (potassium and sodium of the plasma, erythrocytes, urine), normalized adrenal cortex androgenous function (determined by excretion of 17-KS)

УДК 616.132.2-002-004.6-08-039

### КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

*Ст. научн. сотр. Ф. Т. ИВАНЧЕНКО*

Отдел коронарной недостаточности (руков.— доктор мед. наук Н. А. Гватуа) Киевского научно-исследовательского института клинической медицины им. акад. Н. Д. Стражеско

Многогранность патогенеза, нарушений обмена веществ, функции и структуры сосудов при атеросклерозе и отсутствие стойкого терапевтического эффекта от применения различных антиатеросклеротических средств у больных атеросклерозом коронарных артерий служат обоснованием комплексной терапии этого заболевания.

В настоящей работе представлены данные изучения эффективности лечения больных атеросклерозом коронарных артерий комплексом витаминов: аскорбиновой кислотой в сочетании с фолиевой и никотиновой кислотами, рибофлавином, рутином, витаминами В<sub>6</sub> и В<sub>12</sub>. Доказательства синергизма и взаимопотенцирования физиологического и лечебного действия указанных витаминов служат в достаточной мере обоснованием применения их в комплексе лечебных мероприятий коронарного атеросклероза. Так, рутин усиливает и пролонгирует действие аскорбиновой кислоты (Е. Ф. Шамрай, Г. А. Горчакова, 1953; А. Л. Мясников, 1959; Г. Х. Довгялло, В. В. Горбачев, 1962; П. И. Шилов и Т. Н. Яковлев, 1964; Е. Ф. Шамрай, 1966; В. М. Кочерган, 1966). Аналогичный эффект установлен при сочетанном применении аскорбиновой кислоты с витамином В<sub>6</sub>, метионином и люминалом (А. Л. Мясников, 1965; М. И. Сукасова, 1962), фолиевой кислоты в сочетании с витаминами В<sub>6</sub> и В<sub>12</sub> (В. И. Бобкова, 1957, 1959). В условиях эксперимента применение фолиевой кислоты в сочетании с витамином В<sub>12</sub> оказалось более выраженный липотропный эффект, чем применение одного из этих препаратов в большей дозе (Стренгс и др., 1951).

По вопросу целесообразности применения аскорбиновой кислоты в сочетании с витамином В<sub>12</sub> в литературе приводятся противоречивые данные. Так, согласно заключениям М. Д. Машковского (1960), аскорбиновая кислота способствует инактивации витамина В<sub>12</sub>. Однако в дальнейших своих работах М. Д. Машковский (1967) рекомендует при гипохромной анемии назначать аскорбиновую кислоту в сочетании с витамином В<sub>12</sub> и препаратами железа. По данным работ А. И. Матосянц (1963), применение аскорбиновой кислоты в сочетании с витами-

Особенности сочетания несахарного и сахарного диабета.— <i>В. С. Каменецкий, Л. Н. Куперман</i> (Винница) . . . . .	44	Clinical Characteristics of Associated Diabetes Insipidus and Mellitus. — <i>V. S. Kamenetsky and L. N. Kuperman</i> (Vinnitsa)
О некоторых ферментах сыворотки крови при сахарном диабете.— <i>Г. А. Дроздова, М. В. Сидельникова</i> (Москва) . . . . .	46	On Some Blood Serum Enzymes in Diabetes Mellitus.— <i>G. A. Drozdova and M. V. Sidelnikova</i> (Moscow)
Содержание серотонина в крови больных склерозом венечных артерий сердца.— <i>С. Г. Потемкина</i> (Запорожье) . . . . .	49	Blood Serotonin Content in Patients with Coronary Arteriosclerosis.— <i>S. G. Potemkina</i> (Zaporozhye)
Содержание серотонина в крови больных инфарктом миокарда.— <i>А. И. Савельев</i> (Одесса) . . . . .	52	Serotonin Metabolism in Patients with Myocardial Infarction.— <i>A. I. Savelyev</i> (Odessa)
Эффективность фоликора у больных склерозом венечных артерий сердца.— <i>А. Д. Визир, З. Е. Григорьева, Г. Л. Шафран</i> (Запорожье) . . . . .	54	Efficiency of Folicor in Patients with Coronary Arteriosclerosis.— <i>A. D. Vizir, Z. E. Grigoryeva and G. L. Shafrahan</i> (Zaporozhye)
Комплексное лечение больных атеросклерозом коронарных артерий.— <i>Ф. Т. Иванченко</i> (Киев) . . . . .	57	Complex Treatment of Patients with Coronary Atherosclerosis.— <i>F. T. Ivanchenko</i> (Kiev)
Дифференциальная диагностика миокардитических и атеросклеротических кардиосклерозов.— <i>В. М. Сахарчук</i> (Киев) . . . . .	61	Differential Diagnosis of Myocarditic and Atherosclerotic Cardiosclerosis.— <i>V. M. Sakharchuk</i> (Kiev)
Объем циркулирующей крови и почечный кровоток у больных с дефектами перегородок сердца.— <i>В. И. Францев, В. Т. Селиваненко, С. М. Аронов, В. А. Стаферов</i> (Москва) . . . . .	63	Volume of Circulating Blood and Renal Blood Flow in Patients with Cardiac Septal Defects.— <i>V. I. Frantsev, V. T. Selivanenko, S. M. Aronov and V. A. Staferov</i> (Moscow)
Значение апекскардиограммы в дифференциальной диагностике поражений митрального клапана.— <i>С. А. Душанин, И. Н. Новиков</i> (Харьков) . . . . .	67	Significance of the Apical Cardiogram in the Differential Diagnosis of Mitral Valve Disease.— <i>S. A. Dushanin, I. N. Novikov</i> (Kharkov)
Об операциях, редуцирующих приток крови во внепеченочный бассейн при портальной гипертензии.— <i>Н. С. Ефимшин</i> (Гродно) . . . . .	71	Operations for Reducing Blood Flow to the Extrahepatic Portal Bed in Portal Hypertension. — <i>N. S. Yefimishin</i> (Grodno)
Некоторые особенности мозгового кровообращения у больных гипертонической болезнью.— <i>И. В. Бойко</i> (Киев) . . . . .	74	Some Characteristics of Cerebral Blood Circulation in Patients with Hypertensive Disease.— <i>I. V. Boiko</i> (Kiev)
Влияние изобарина на изменение рентографических показателей при гипертонической болезни.— <i>О. А. Адibaев</i> (Харьков) . . . . .	77	Changes of Rheographic Indices Under the Effect of Isobarin in Patients with Hypertension.— <i>O. A. Adibayev</i> (Kharkov)
Данные биохимических и гемодинамических исследований у больных с нарушениями сосудистого тонуса.— <i>А. П. Шадренко</i> (Днепропетровск) . . . . .	79	Biochemical and Hemodynamic Studies in Patients with Disorders of the Vascular Tonus.— <i>A. P. Shadrenko</i> (Dnipropetrovsk)
Газы крови у больных гипертонической болезнью в процессе лечения гепарином с изобарином.— <i>Н. С. Заноздра, Д. Д. Дроздов, И. А. Волкова</i> (Киев) . . . . .	83	Blood Gases in Patients with Hypertensive Disease in the Course of Treatment with Heparine and Isobarine.— <i>N. S. Zanodra, D. D. Drozdov and I. A. Volkova</i> (Kiev)
Сократительная функция миокарда при гипертонической болезни и симптоматической артериальной гипертонии.— <i>Б. А. Зелинский</i> (Винница) . . . . .	86	Contractile Myocardial Function in Hypertensive Disease and Symptomatic Arterial Hypertension.— <i>B. A. Zelinsky</i> (Vinnitsa)
Внешнее дыхание, ферменты крови и функциональная способность миокарда при гипертонической болезни.— <i>П. М. Вакалюк, Е. М. Нейко, Л. М. Рапопорт</i> (Ивано-Франковск) . . . . .	91	External Respiration, Blood Enzymes and Myocardial Function in Hypertensive Disease.— <i>P. M. Vakaliuk, E. M. Neiko and L. M. Rapoport</i> (Ivano-Frankovsk)
Некоторые показатели оксигемографии, артериального давления и электрокардиографии как критерии умственного напряжения.— <i>И. М. Трахтенберг, С. М. Рашиман</i> (Киев) . . . . .	95	Some Indices of Oxyhemography, Arterial Pressure and Electrocardiography as a Criterion of Mental Strain.— <i>I. M. Trakhtenberg and S. M. Rashman</i> (Kiev)