

ЛИТЕРАТУРА

1. Зарецкая Ю. М. Клиническая иммуногенетика. М., 1983.
2. Хаитов Р. М., Алексеев Л. П., Хаитова Н. М., Яздовский В. В. Иммунол., 1990, с. 12.
3. Chaquat et al. HLA and Periodic Disease. Rev. Rheum. Mal. Osteoarlic., 1977, 44, 12, 703—708.
4. Garlt, Orgaad, Pras HLA Antigens in FMF. Tissue Antigens. 1977, 9, 5, 273—275.
5. Jirch P. W. Immunological Engineering Toronto, 1982.
6. Schlesinger M. FMF no Linkage with HLA. Tissue Antigens. 1984, 24, 1, 65.

УДК 616.127—005.8:616.379—008.64

Р. П. Стамболцян, Д. А. Наджарян, М. Ф. Драмлян

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТИВОДИАБЕТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОД ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Течение и исход инфаркта миокарда (ИМ) во многом обусловлены степенью выраженности и течением сахарного диабета (СД). Однако в литературе более или менее аргументированных сведений по данному вопросу нам найти не удалось.

Сопоставление уровня сахара в крови с клиническим течением и исходом болезни выявило, что относительно низким показателям сахара в крови почти всегда соответствует благоприятный, высоким — неблагоприятный исход ИМ. При этом важно отметить, что наиболее благоприятное течение заболевания имеет место при оптимальном уровне сахара в крови (7,2—8,83 ммоль/л).

Исходя из этого, можно предположить, что лечебные мероприятия при ИМ у больных с СД необходимо корректировать таким образом, чтобы добиться наиболее благоприятного уровня сахара в крови. В ряде исследований показано, что введение инсулина животным с ИМ оказывает заметное влияние на нормализацию конечного диастолического давления и увеличение скорости нарастания давления в левом желудочке [1, 3—6].

Под нашим наблюдением находилось 106 больных с ИМ на фоне СД, из коих 81 пациент до поступления и в стационарных условиях принимал сульфаниламидные препараты, 25 — лечились инсулином.

Исследования показали, что у больных с длительным течением заболевания, получавших инсулин, наблюдался благоприятный исход, чего нельзя сказать о больных, получавших сульфаниламиды и имевших при поступлении низкий уровень сахара. Рассматривая динамику сахара и исход болезни, мы установили, что большие колебания сахара предвещают неблагоприятный исход. Наши данные показывают, что даже при низких цифрах сахара применение инсулина оказывает благотворное действие.

Мы поставили перед собой также задачу изучить динамику и выраженность патологических отклонений компонентов ЭКГ у больных, получавших инсулин и сульфаниламидные препараты. По ве-

личине отклонения от нормы Q, R, ST-T зубцов больные были разделены на три группы: I—с незначительными, II—средними, III—большими отклонениями. Эти параметры были нами обследованы в день поступления и выписки, что дало возможность выявить патологические ЭКГ феномены в различных группах и сравнить их между собой. Согласно средним показателям амплитудно-временных значений, у больных, получавших инсулин и сульфаниламидные препараты, выраженных различий в величине Q, R, ST-T зубцов не обнаружено.

В соответствии с величиной Q зубца при выписке количественный состав I группы больных, получавших сульфаниламидные препараты, уменьшился, в то время как параллельная группа, получавшая инсулин, не изменилась, что является положительным показателем для этой группы.

Изменение гемодинамики больных ИМ с СД, получавших инсулин и сульфаниламидные препараты

Группы	При поступлении			При выписке		
	I нормо- кинез	II гипер- кинез	III гипо- кинез	I нормо- кинез	II гипер- кинез	III гипо- кинез
Сульфанилами- ды	8	4	69	6	4	71
Инсулин	10	—	15	10	—	15

Рассматривая взаимосвязь между методом лечения и исходом болезни, мы установили, что прием инсулина задерживает развитие ИМ и отодвигает развитие повторного инфаркта, снижая смертность в этой группе больных.

Изучение гемодинамических сдвигов также указывает на заметные особенности ИМ при СД. Больные по гемодинамическому типу кровообращения, в частности, по данным ударного индекса, были разделены на три группы с нормокинетическим, гиперкинетическим и гипокинетическим типами кровообращения [2].

Как видно из таблицы, в группе больных, получавших инсулин, между данными при поступлении и выписке не произошло особых сдвигов. У 2 из 8 больных, получавших сульфаниламидные препараты, нормокинетический тип гемодинамики перешел в гипокинетический, что необходимо расценивать как признак ухудшения состояния. Кроме того, необходимо отметить, что в группе, получавшей инсулин, гемодинамический тип кровообращения благоприятней, чем у больных, принимавших сульфаниламидные препараты.

Таким образом, наши исследования показывают, что развитие, течение и исход ИМ при СД имеют свои особенности, которые необходимо учитывать для успешного лечения. Мы рекомендуем при развитии ИМ у больных СД обязательное введение инсулина независимо от того, чем лечился больной до развития ИМ. Лечение должно сопровождаться непрерывным контролем за биохимическими показате-

телями с соответствующим индивидуальным подбором дозы, составлением диеты для достижения оптимального, стабильного уровня сахара в крови (в пределах 7,2—8,8 ммоль/л).

Кафедра внутренних болезней
№ 2 Ереванского медицинского
института

Поступила 18/VI 1991г.

Ռ. Պ. Ստամբոլցյան, Դ. Ա. Նաջարյան, Մ. Ֆ. Դրամբյան

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՏԱՐԲԵՐ ՆԵՐԳՈՐԾՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՄՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ
ԸՆԹԱՅՔԻ ԵՎ ԵԼՔԻ ՎՐԱ ՇԱՔԱՐԱՆՑԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Տարվել են հետազոտություններ սրտամկանի ինֆարկտով տառապող երկու խումբ շաքարախտով հիվանդների մոտ, որոնցից մի խումբը մինչև հիվանդանալը բուժվել է սուլֆանիլամիդային դեղամիջոցներով, իսկ մյուսը՝ ինսուլինով:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ այն հիվանդների մոտ, որոնք ստացել են ինսուլին, սրտամկանի ինֆարկտը առաջացել է շատ ավելի ուշ, կրկնակի ինֆարկտները եղել են շատ ավելի քիչ և մահացությունը եղել է զգալի կերպով ավելի ցածր, քան այն հիվանդների մոտ, որոնք ինսուլին չեն ստացել:

R. P. Stambolts'an, D. A. Najarian, M. F. Drampian

The Influence of Different Antidiabetic Measures on the Peculiarities of the Course and Outcome of Myocardial Infarction at Diabetes Mellitus

The investigations have shown that in the group of patients with diabetes mellitus, treated by insulin, myocardial infarction developed later than the disease. The number of repeated infarctions as well as lethality were lower, than in the group of patients, who didn't take insulin.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Веревокина А. Ф. Автореф. дис. канд. М., 1975.
2. Голиков А. П., Берестов А. А., Майоров Н. И. Кардиология, 1977, 3, с. 65.
3. Гороховский Б. И. Клин. мед., 1970, 5, с. 123.
4. Мегрели Д. С., Мегреладзе М. И., Орджоникидзе С. П. и др. Тер. архив, 1982, 10, с. 18.
5. Blumental H. T., Alox M., Goldenberg S. Arch., 1960 70, 396.
6. Smith J. W., Buckels L. J., Carlson K., Marcus F. J. Amer. J. Med., 1983, 75, 2, 217.

УДК 616.127—005.8:616.379—008.64

Р. П. Стамболцян, М. Ф. Драмбян, Д. А. Наджарян

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОМПОНЕНТОВ ЭКГ И ИХ ДИНАМИКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Среди многочисленных факторов, предопределяющих течение инфаркта миокарда (ИМ) и его исход, первостепенным является величина инфарктного очага. На основании ряда экспериментальных и клиниче-