

ВЧЕННЯ ПРО ІНФАРКТ МІОКАРДА В ІСТОРИЧНОМУ АСПЕКТІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

В статті наводяться дані про основні віхи у вивченні інфаркту міокарда (ІМ). Відмічені досягнення світових та вітчизняних кардіологів у вивченні етіології та патогенезу, методів діагностики цієї патології. Розглянуто консервативний та оперативний напрямки, які пройшла світова медицина за останні століття у боротьбі з недугою. У підходах до лікування ІМ виділено певні етапи: симптоматичне, патогенетичне лікування, правильна організація лікарняного режиму та госпіталізації пацієнтів, оперативні методи лікування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, кардіолог, діагностика, лікування.

Життя сучасної людини характеризується прискореним темпом, різноманітними психоемоційними навантаженнями та шкідливими звичками, неправильним харчуванням. Це спонукає серцево-судинну систему працювати у посиленому режимі, використовуючи свої адаптивні можливості. Як наслідок – зростання кількості серцево-судинної патології.

Ураження серця та судин вийшли на перше місце за поширеністю вже у 30–40 роки ХХ ст. і донині залишаються основною причиною захворюваності та смертності у багатьох країнах світу. Якщо розглядати структуру цих уражень, то ішемічна хвороба серця займає провідне місце серед усієї патології серцево-судинної системи.

Мета дослідження: вивчити внесок вітчизняних та іноземних науковців-кардіологів у вивчення та лікування інфаркту міокарда в історичному аспекті.

Матеріали і методи. Проведено систематичний аналіз наукових джерел інформації щодо участі провідних кардіологів світу у вивченні та дослідженні інфаркту міокарда.

Результати дослідження та їх обговорення. У 1962 р. Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) був запропонований термін «ішемічна хвороба серця» (ІХС). У лютому 1969 р. виконавчий комітет ВООЗ вперше використав термін «епідемія» по відношенню до цієї патології. На даний час виділяють кілька форм ІХС, найбільш небезпечними з яких вважаються стенокардія та її ускладнення – інфаркт міокарда (ІМ).

Про серцево-судинні захворювання (ССЗ) згадують у своїх папірусах ще стародавні єгиптяни. Вони описували болі в грудній клітці, у ділянці серця, подібні до нападів стенокардії. Видатний лікар античності Гіппократ вказував на те, що болі в ділянці серця, які повторюються із наростанням частоти та сили, можуть провіщати раптову смерть. У «Каноні медицини» Авіцена описував такі

теми, як «Захворювання серця», «Розпізнавання захворювань серця», «Ознаки захворювань серця». На теренах України та згодом і Візантії ССЗ описувала Євпраксія, яка присвятила їм один із розділів своєї книги «Мазі».

У своїх книгах Benivieni «De Ab-ditis Nonnullis» (1507), Bonet «Sepul-chretum» (1679), J.B. Morgagni «De Sedibus et Causis Morborum» (1761) описують біль у грудній клітці як загрозливу прогностичну ознаку. Серед відомих літературних джерел необхідно відмітити працю W. Harvey, який у 1647 р. вперше опублікував спостереження випадку розриву серця. Але першим, хто написав книгу про раптову смерть, був Giovanni Maria Laneisi (1707). J. B. Morgagni (1765) зібрав в літературі 10 випадків смерті від розриву серця, до яких додав ще одне власне спостереження. Як відомо, він також помер від розриву серця.

У 1768 г. W. Haberdern вперше назвав виразні болі у ділянці серця «грудною жабою» [19]. Через 18 років вчений опублікував працю «Pectoris dolor».

З часом кількість спостережень з приводу грудної жаби зростала. Науковці почали пов'язувати це захворювання з органічними змінами вільцевих судин та серцевого м'яза (K. Jenner, O. Perry (1799), J. Hodgson (1815)). У 1880–1882 рр. С. Weigert і E. Ziegler дали визначення інфаркту міокарда як дегенерації серцевого м'яза, зумовленій звуженням та оклюзією коронарних артерій.

Вперше висунув припущення про діагноз коронаротромбозу, з наступним підтвердженням на секції, у 1878 р. німецький терапевт Хаммер [20]. W. Osler, а згодом і L. Nektoen, на основі патолого-анатомічних досліджень описують механізм виникнення інфаркту внаслідок тромбозу або емболії вільцевих судин [24].

Значний внесок у клінічне вивчення даного захворювання зробили вітчизняні вчені. 19 грудня 1909 р. В.П. Образцов разом із М.Д. Стражеско на І з'їзді російських терапевтів описали клінічну картину тромбозу коронарних артерій. На відміну від Хаммера, у своїй доповіді вчені

чітко виділили основні симптоми, які дають змогу діагностувати захворювання та виділити типову і атипові форми ІМ [9; 10]. Крім того, в праці описано симптоми кардіального шоку: «... что касается объективных признаков, то кардинальным объективным симптомом мы должны поставить резко выраженную слабость сердца *mejorgragia cordis*». Вона супроводжується ниткоподібним пульсом, похолоданням кінцівок, блідістю шкірних покривів. В.П. Образцов і М.Д. Стражеско відмічають наявність в анамнезі у хворих з тромбозом напади стенокардії, які вони пов'язували з артеріосклерозом.

Ґрунтуючись на клінічному аналізі лише п'яти спостережень з 1883 по 1908 роки, вчені заклали основи для поглибленого вивчення патогенезу тромбозу коронарних судин, його диференціальної діагностики, розвитку ускладнень. Так, автори відмічають, що при тромбозі, на відміну від стенокардії, спостерігається *status anginosus*,

а не окремі напади. У доповіді В.П. Образцова і М.Д. Стражеско описана можливість розвитку у таких пацієнтів миготливої аритмії, результати мікроскопічного дослідження серцевого м'яза та загальна патолого-анатомічна картина цього захворювання [6].

Згодом термін «коронарний тромбоз» став синонімом ІМ. Проте дослідження саме В.П. Образцова і М.Д. Стражеско стали поштовхом для подальшої дискусії щодо ролі тромбозу коронарних артерій у виникненні ІМ. Цю позицію підтримував відомий кардіолог Д.Д. Плетньов (1936 рік) [11]. Надалі більшість клініцистів стали вважати, що в основі інтрамурального та великовогнищевого ІМ найчастіше лежить тромбоз коронарних судин, а в інших випадках причиною патології може бути спазм цих судин. Ці висновки були затверджені на VII Європейському конгресі кардіологів (Амстердам, 1976 р.).



William Heberden (1710–1801)



Дж. Вейн (нар. 1927)



В.П. Образцов (1849–1920)

Згодом М.Д. Стражеско продовжував вивчати проблему ІМ в наступних працях: «Грудная жаба и сердечная астма, их сущность, сходство и различие» (1925 рік), де детально описав клініку цих патологій, їх співвідношення; «К прижизненному распознаванию инфаркта сердечной мышцы и его последствий» (1930 рік), де провів систематичний та узагальнюючий аналіз клініки після інфарктних змін.

Його учень В.А. Соф'їн захистив дисертацію на тему «Інфаркт міокарда при закупорці правої вінцевої артерії», в якій описав особливості клінічної картини при цій доволі рідкісній патології [6].

Істотний внесок у вивчення проблем серцево-судинної системи зробив також і академік АН УРСР М.М. Губергриц. Він написав низку робіт, які присвятив вивченню механізму виникнення серцевих болів, стенокардії та безбольових форм ІМ: «Грудная жаба» (1928), «К вопросу о происхождении болей при грудной жабе» (1930),

«К клинике инфаркта миокарда» (1935), «О классификации синдрома грудной жабы» (1936), «Патогенез болевого синдрома при грудной жабе» (1949). Вчений вважав, що стенокардія зумовлена різноманітними причинами. Крім того, М.М. Губергриц описав ознаки серцевої слабості, які можуть передувати ІМ і виникають після нападу стенокардії. Сюди належать такі симптоми, як ритм галопу, порушення серцевого ритму, функціональні шуми, порушення дихання (апное або олігопное) [3].

Суттєвим поштовхом у діагностиці ІМ стало використання даних електрокардіографії (ЕКГ). У 1912 р. була опублікована стаття американського вченого Герріка, в якій він навів ЕКГ-критерії ІМ та вперше висунув принцип суворого ліжкового режиму та абсолютного спокою в перші дні розвитку захворювання [21].

Під керівництвом проф. А.Л. Міхнева в Інституті кардіології імені М.Д. Стражеско вивчався

механізм порушення гемодинаміки при ІМ, біохімічні зміни в тканині серця, крові при цій патології. Результатом досліджень стала доповідь на VIII з'їзді терапевтів УРСР «Динаміка і взаємозв'язок біохімічних змін крові та тканин у хворих на інфаркт міокарда».

Над вивченням атипичних форм ІМ працювали Н.А. Гватуа та О.Й. Грицюк. У 1979 р. ними були запропонована нова класифікація даної патології, у якій вперше обґрунтовано та описано перехід дрібновогнищового ІМ у великовогнищевий. Вперше у гострий період для зменшення стресових змін і дії больового фактору запропоновано метод перідуральної анестезії [7].

У 1986 р. О.Й. Грицюк із співробітниками удосконалив метод імунологічної та ензимологічної діагностики, як безпосередньо некрозу м'язя, так і його ускладнень (після інфарктного синдрому).

На доповнення до цього В.З. Нетяженко в докторській дисертації детально вивчив і описав затяжні та рецидивні форми ІМ. Над реабілітацією цих хворих працювала І.К. Следзевська та співробітники Інституту кардіології імені М.Д. Стражеска.

У підходах до лікування ІМ можна виділити певні етапи та особливості. На першому етапі лікування було симптоматичним. На початку 20-х років таким хворим призначали серцеві глікозиди, камфору, кофеїн та ліжковий режим. В кінці 20-х років для зняття больового синдрому почали використовувати знеболювальні препарати, морфін, проте часто забороняли призначати нітрогліцерин, щоб не викликати гіпотонії.

Згодом в наукових колах почала переважає думка про спазм коронарних судин як основну причину ІМ. З 50-х років почали використовувати внутрішньовенні інфузії препаратів, інгаляції кисню, спазмолітичні середники.

За минулі сто років фармакологія пішла далеко вперед, і сьогодні в арсенал лікаря для боротьби з ІХС, крім нітратів, входять антиагреганти,

бетаадреноблокатори, антагоністи кальцію, гіполіпідемічні засоби і низка інших препаратів.

У 50-ті роки описано тромбоцити і встановлено їхню роль у згортанні крові та тромбоутворенні, у тому числі і внутрішньокоронарному. Згодом гематолог Дж. О'Браєн запропонував використовувати ацетилсаліцилову кислоту для профілактики тромбозу. У 1971 р. Дж. Вейн обґрунтував механізм впливу препарату на тромбоцити з участю циклооксигенази і тромбоксану *A2 in vitro* [28]. На даний час ацетилсаліцилова кислота загальноновизнана як ефективний і доступний антиагрегантний засіб та найбільш часто і широко використовується для первинної та вторинної профілактики серцево-судинних затворювань і смертності у пацієнтів з ішемічною або цереброваскулярною хворобою, іншими станами з ризиком тромботичних ускладнень [14;22].

Ще одним методом впливу на тромбоутворення та одним з основних досягнень кардіології ХХ ст. стало застосування фібринолітичних засобів у лікуванні ІМ. У 1958 р. Флетчер вперше успішно провів внутрішньовенну інфузію стрептокінази [16]. Це стало поштовхом до подальших пошуків нових методів та препаратів. Так, у 1976 р. акад. Є. І. Чазов разом із групою науковців увів фібринолізин безпосередньо у коронарну артерію в зоні некрозу [13]. У 1979 р. К.Р. Rentrop із співавт. (ФРН) внутрішньокоронарно використав стрептокіназу. Згодом низка рандомізованих досліджень довела високу ефективність внутрішньовенного використання фібринолітичних засобів, а не лише внутрішньокоронарного, на ранньому етапі розвитку хвороби. Цей метод на даний час поряд із ургентною ангіопластиком є основним у лікуванні хворих на ІМ.

У 1979 р. О.Й. Грицюк першим дав визначення гемокоагуляційного гомеостазу як відносної динамічної рівноваги між прокоагулянтами, антикоагулянтами та фібринолітичними агентами в



М.Д. Стражеско (1876 – 1952)



Л.Т. Малає (1919–2003)



Є.І. Чазов (нар. 1929)

плазмі, елементах крові та судинній стінці, простациклін-тромбоксанового балансу. При ССЗ спостерігаються корегуючі та некорегуючі окремі ланки гемокоагуляційного гомеостазу, що здатні призвести до виправлення зміненого балансу або до ще більшого порушення, при цьому можливе виникнення тромботичних або геморагічних ускладнень [8].

Обов'язковою умовою успішного лікування ІМ стала правильна організація лікарняного режиму та госпіталізації пацієнтів. Початок їй поклав J.V. Herrick. На початку 60-х років у Західній Європі (спочатку в Англії з ініціативи D. Julian, 1961) і Америці стали створювати спеціальні палати інтенсивної терапії (coronary care unit – CCU, intensive care unit – ICU). В них постійно проводився моніторинг ЕКГ з метою ранньої реєстрації фатальних аритмій і надання невідкладної медичної допомоги (проведення дефібриляції, реанімаційних заходів). Створення блоків кардіореанімації дозволило знизити смертність хворих протягом перших 30 діб від початку хвороби з 30% до 15%. Логічним продовженням цих організаційних заходів було створення мобільних спеціалізованих бригад з машинами, обладнаними необхідною апаратурою [25].

З 1961 р. починається розвиток кардіологічної служби «швидкої допомоги» в Україні, коли вперше була організована спеціалізована тромбоемболічна бригада в Києві, яку називали також протиінфарктною. Організувала її головний лікар Київської міської станції «Швидкої допомоги» Н.А. Ленгауер.

У 1963 р., відповідно до наказу МОЗ СРСР, при Київській станції «Швидкої допомоги» створюють перший в країні центр по боротьбі з тромбоемболічними захворюваннями. Першим керівником кардіологічної служби на станції був Д.Б. Зільберман. До 1985 р. їх уже було 14 [4].

Пріоритетним досягненням української кардіології на початку 70-х років була розроблена Українським НДІ кардіології імені М.Д. Стражеска та впроваджена у практику система етапного ліку-

вання хворих на гострий ІМ, зокрема система організації медичної допомоги на догоспітальному етапі. Спеціалізовані кардіологічні бригади, створені як окремі підрозділи у службі швидкої допомоги, надавали допомогу хворим на ІМ під час їх транспортування до спеціалізованих інфарктних відділень з блоками реанімації та інтенсивної терапії. Впровадження цієї системи забезпечило ранню діагностику і надання своєчасної кваліфікованої допомоги хворим на ІМ на всіх етапах їх медичного обслуговування. Наслідком такої тактики було значне зниження догоспітальної смертності, летальності та втрати працездатності при ІМ в Україні. Вказану систему впроваджено в усіх республіках колишнього Радянського Союзу, а також у багатьох країнах за кордоном.

Результати досліджень з діагностики, лікування та профілактики ІМ, проведених провідними кардіологами та вченими колективами України, дозволили розробити низку ефективних заходів. Вони підвищили ефективність лікування та реабілітації пацієнтів із цією патологією, зменшили летальність і покращили якість життя хворих. У 1980 р. великій групі вчених (Н.А. Гватуа, О.Й. Грицюку, Н.К. Фуркало, І.К. Следзевській, О.А. Пятаку, В.М. Козлюку, Л.Й. Алейниковій, Ю.П. Бутиліну, Л.І. Антоненко) була присуджена Державна премія УРСР [5].

Паралельно за ініціативи Л.Т. Малої відкрито спеціалізоване інфарктне відділення з блоком інтенсивної терапії на базі 27-ї клінічної лікарні м. Харкова.

У Харкові вперше в Україні було створено велику систему етапного лікування хворих з ІМ, включаючи мережу спеціалізованих кардіологічних відділень з блоком інтенсивної терапії, відділеннями реабілітації та санаторно-курортної реабілітації. Ця система мала важливе соціально-економічне значення, тому що дозволила у понад двічі знизити летальність від ІМ та повернути хворих до активного життя [1].

Окрім медикаментозних середників для лікування хворих на ІМ активно впроваджувалися і



J.V.Herrick



Г. В. Книшов (нар. 1934 р.)



О.Й. Грицюк (1923 – 1990)

хірургічні методики, поштовхом для розвитку яких стали різноманітні методи діагностики.

У 1907 р. був вперше опублікований рентгенографічний атлас коронарних судин (F. Jamin і H. Merkel). Згодом над методикою катетеризації правих відділів серця працювали багато вчених. W. Forssmann (1929), Andre Cournand і Dickinson Richards (1941) отримали Нобелівську премію в 1956 р. [17;23].

У 1958 г. Sonen запропонував техніку селективної коронарної ангіографії [27].

Наступним кроком стало впровадження операцій на периферичних, а згодом і коронарних судинах. Так, у 1964 р. В. Колесов вперше у світі виконав маммарокоронарне шунтування. До цього такі операції проводилися лише на тваринах (В. Деміхов, 1952). У 1962 р. D. Sabiston виконує обхідне аутовенозне шунтування коронарної артерії, а в 1964 р. М. De Вакеу здійснює успішне аортокоронарне шунтування сегментом великої підшкірної вени. З 70-х років для відновлення порушеного коронарного кровотоку почали широко застосовуватися операції прямої ревааскуляризації. У 1973 р. в УРСР у Київському НДІ серцево-судинної хірургії Г. Книшов зробив першу операцію аорто-коронарного шунтування. Згодом А. Руденко (2000 р.) в цьому ж інституті вперше в Україні виконав операцію аорто-коронарного шунтування без використання штучного кровообігу на працюючому серці.

Також із 60-х років починаються перші спроби використання транслюмінальної пластики судин. У 1964 р. американські вчені Charles Dotter і Melvin Judkins використали ригідний дилататор для зменшення стенозу у ділянці іліо-феморальної артерії [15]. Проте більш широке використання цей метод отримав в Європі, де Andreas Gruentzig використав балонний дилататор для ангіопластики периферичної артерії (1974) [18]. З цього часу почався інтенсивний розвиток нового напрямку в лікуванні ІМ – інтервенційна кардіологія.

Найефективнішою модифікацією ангіопластики став метод стентування вінцевої (та інших) артерії. Перший стент у вінцевій артерії був успішно розгорнутий в 1986 р. [26]. Стентування дозволило зменшити частоту ускладнень, які виникають при проведенні ангіопластики, – гострі тромбоемболії

внаслідок руйнування бляшки і ранні рестенози в місці проведення процедури. Спочатку стенти були металевими, а потім в кінці ХХ століття з'явилися стенти, вкриті лікарськими препаратами, що перешкоджають розвитку рестенозів.

В Україні впровадження методики стентування відбувалося також у 80-х роках минулого століття. Після організації в Інституті кардіології імені академіка М.Д. Стражеска відділу ендovasкулярної хірургії під керівництвом Ю.М. Соколова, в практику лікування ІМ увійшла ургентна ангіопластика та стентування інфаркт-залежної артерії. На даний час в інституті впроваджено методи інтракоронарного тромболізу та транслюмінальної коронарної ангіопластики у хворих на ІМ та стенокардію. Розроблено методи боротьби з реперфузійним синдромом після інтракоронарного тромболізу та коронарної ангіопластики. Впроваджено новий спосіб профілактики рестенозів вінцевих артерій після перкутантної транслюмінальної ангіопластики з використанням інгібіторів АПФ. Установлено роль морфології атеросклеротичної бляшки як предиктора наступних гострих коронарних ситуацій. Поряд з інвазивними методами впроваджується безконтактна комп'ютерна магнітокардіографія [2].

У ХХІ ст. з'явився ще один прогресивний напрямок лікування ІХС – генна інженерія. Американські дослідники з Університету Дюк (Duke University) повідомили про те, що їм вдалося виростити в умовах лабораторії людські артерії, необхідні для операцій на серці [12].

Висновки

Українські науковці зробили істотний внесок у вивчення та успішне лікування ІМ поряд із провідними світовими кардіологами. Було запропоновано низку оригінальних концепцій, створено нові наукові напрямки, які дозволили поглибити вивчення етіології, патогенезу, клініки, лікування та профілактики даної патології. Ці наукові напрямки залишаються актуальними та успішно розробляються і зараз.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на поглиблене вивчення доробку вітчизняних кардіологів, зіставлення їхніх досліджень із світовими досягненнями.

Список літератури

1. Академик Любов Трофимовна Малая // Укр. кардіол. журн. – 1999. – № 1. – С. 96–97.
2. Бобров В. О. Розвиваючи традиції школи академіка М.Д. Стражеска (До 60-річчя Українського НДІ кардіології ім. М.Д. Стражеска) / В. О. Бобров // Укр. кардіол. журн. – 1996. – № 3. – С. 5–8.
3. Бурчинський Г. Й. М. М. Губергриц / Г. Й. Бурчинський, О. Я. Губергриц. – К. : Здоров'я, 1974. – 38 с. – (Видатні вітчизняні вчені-медики).
4. Виленский Ю. Наталья Андреевна Ленгауэр. Организатор кардиологического скорпомощного авангарда / Ю. Виленский // Серце і судини. – 2009. – № 2 – С. 115–117.
5. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Л., 2004. – 364 с.
6. Грицюк О. Й. В. П. Образцов / О. Й. Грицюк. – К. : Здоров'я, 1974. – С.40. –(Видатні вітчизняні вчені-медики)
7. Грицюк А. И. Инфаркт миокарда / А. И. Грицюк, Н. А. Гватуа, И. К. Следзевская. – К. : Здоров'я, 1979. – 272 с.
8. Джус М. Б. Грицюк Олександр Йосипович – людина, вчений, педагог / М. Б. Джус // Здоров'я України. – 2011. – № 9 (262). – С. 52–53.

9. Образцов В. П. Избранные труды / В. П. Образцов. – 1950. – С. 92.
10. Образцов В. П. К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца / В. П. Образцов, Н. Д. Стражеско // Тр. I съезда русских терапевтов. – М., 1910. – С. 26–47.
11. Плетнёв Д. Д. Болезни сердца / Д. Д. Плетнёв. – 1936. – С. 276–277.
12. Тканини людини навчилися вирощувати в пробірці [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.heartandvessels.com.ua/novyny_konferencii.php#180. – Назва з екрану.
13. Внутрикоронарное введение фибринолизина при остром инфаркте миокарда / Е. И. Чазов, Л. С. Матвеева, А. В. Мазаев [та ін.] // Тер. арх. – 1976. – Т. 48. – С. 8–19.
14. Aspirin for the Prevention of Cardiovascular Disease: U.S. Preventive Services Task force Recommendation Statement / N. Calonge, D. B. Petitti, T. G. DeWitt [et al.] // Ann Intern Med. – 2009. – Vol. 150. – P. 396–404.
15. Dotter C. T. Transluminal treatment of arteriosclerotic obstruction: description of a new technic and a preliminary report of its application / C. T. Dotter, M. P. Judkins // Circulation. – 1964. – Vol. 30. – P. 654–670.
16. Fletcher A. P. The treatment of patients suffering from early myocardial infarction with massive and prolonged streptokinase therapy / A. P. Fletcher, N. Alkjaersig, F. E. Smyrniotis, S. Sherry // Trans. Assoc. Am. Phys. – 1958. – Vol. 71. – P. 287–296.
17. Forssmann W. Experiments on myself. Memoirs of a surgeon in Germany / W. Forssmann. – New York : St. Martin's Press. – 1974. – 347 p.
18. Gruntzig A. Technique of percutaneous transluminal angioplasty with the Gruntzig balloon catheter / A. Gruntzig, D.A. Kump // AJR Am. J. Roentgenol. – 1979. – Vol. 132. – P. 547–52.
19. Haberdern W. Commentaries. Medical Transactions of the Royal College of Physicians of London / W. Haberdern. – 1768. – 59 p.
20. Hammer A. Ein Fall von Thrombotischem Verschlusse Einer der Kranzarterien des Herzens / A. Hammer // Wiener Med. Wochenschr. – 1878. – Vol. 97. – P. 28.
21. Herrick J. B. Certain clinical features of sudden obstruction of the coronary arteries / J. B. Herrick // JAMA. – 1912. – Vol. 59. – P. 2015–2020.
22. Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs // Nat New Biol. – 1971. – Vol. 231 (25). – P. 232–235.
23. Jamin F. Die koronararterien des menschlichen herzens unter normalen und pathologischen verhältnissen / F. Jamin, H. Merkel. – Jena : Gustave Fischer, 1907. – 98 p.
24. Osler W. The Principle and Practice of Medicine / W. Osler. – D. Appleton, 1892. – 152 p.
25. Pantridge J. F. A mobile coronary care unit in the management of myocardial infarction / J. F. Pantridge, J. S. Geddes // Lancet. – 1967. – Vol. 2. – P. 271–273.
26. Intravascular stents to prevent occlusion and restenosis after transluminal angioplasty / U. Sigwart, J. Puel, V. Mirkovitch [et al.] // N. Engl. J. Med. 1987. – Vol. 316 (12). – P. 701–706.
27. Sones F. M. Jr. Cine coronary arteriography. / F. M. Jr. Sones, E. K. Shirey // Mod. Concepts Cardiovasc. Dis. – 1962. – Vol. 31. – P. 735–738.
28. Vane J. R. The mechanism of action of aspirin / J. R. Vane, R. M. Botting // Thromb. Res. – 2003. – Vol. 15, 110 (5–6). – P. 255–258.

УЧЕНИЕ О ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Н.А. Теренда (Тернополь)

В статье приводятся данные об основных вехах в изучении инфаркта миокарда (ИМ). Отмечены достижения мировых и отечественных кардиологов в изучении этиологии и патогенеза, методов диагностики этой патологии. Рассмотрены консервативное и оперативное направления, которые прошла мировая медицина за последние столетия в борьбе с недугом. В подходах к лечению ИМ выделены определенные этапы: симптоматическое, патогенетическое лечение, правильная организация больничного режима и госпитализации пациентов, оперативные методы лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, кардиолог, диагностика, лечение.

THE DOCTRINE OF THE HEART ATTACK IN HISTORICAL ASPECT

N.O. Terenda (Ternopil)

The article presents data on the major milestones in studying heart attack. Achievements of world and domestic cardiologists in studying the etiology and pathogenesis, methods of diagnosis of this pathology were marked. The conservative and operative directions which took place the world medicine over the past century in fighting disease were considered. In the approaches to the treatment of HA certain stages were identified: symptomatic, pathogenic treatment, proper organization of hospital treatment and hospitalization of the patients, surgical method of treatments.

KEY WORDS: ischemic heart disease, heart attack, cardiologists of Ukraine, methods of diagnosis of heart attack, methods of treatment heart attack.

Рукопис надійшов в редакцію 13.02.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. О. М. Голяченко.