

ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРИНОЛИЗИНА И ГЕПАРИНА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

А. А. Чайкова и Г. А. Лезина

Горьковская областная больница № 3 (главрач — Е. В. Смирнова, научный
руководитель — проф. А. И. Гефтер)

Инфаркт миокарда чаще возникает на фоне атеросклеротически измененных артерий. Однако развитие коронарного тромбоза объясняется не только морфологическими изменениями сосудов, но комплексом функционально-биохимических нарушений, одно из проявлений которых заключается в угнетении противосвертывающих механизмов, что сказывается, в частности, в снижении фибринолитической активности.

Эффективность лечения фибринолизин тромбозов периферических сосудов не вызывает сомнений, однако целесообразность применения его при остром инфаркте миокарда остается спорной, и большинство сообщений основано на незначительном числе наблюдений.

В г. Горьком лечение фибринолизин больных с острым инфарктом миокарда применено впервые в 1962 г. А. Г. Пономаревой в факультетской терапевтической клинике проф. А. И. Гефтера.

Мы использовали фибринолизин-гепариновую терапию у 20 больных инфарктом миокарда (13 мужчин и 7 женщин). В возрасте от 41 до 50 лет было 3 чел., от 51 до 70 лет — 17. У 13 больных наблюдался тяжелый status anginosus, сопровождавшийся у 8 коллапсом и сердечной недостаточностью, у 3 — коллапсом и у 2 — острой левожелудочковой недостаточностью. Фибринолизин мы вводили в дозе 20 000 или 30 000 ед. одновременно с гепарином до 40 000 ед. в сутки внутривенно или внутримышечно.

Мы отметили исчезновение болей даже у тех больных, у которых до введения фибринолизина инъекции наркотиков и коронарорасширяющих средств эффекта не давали. При введении фибринолизина в первые часы заболевания получен особенно хороший эффект с нормализацией ЭКГ у 2 больных.

Клиническое улучшение после введения фибринолизина в остром периоде инфаркта миокарда достигнуто в основном у всех больных. Боли не возобновились у 14 больных, заболевание у них протекало без осложнений, тренировку они переносили хорошо. У 6 чел. в различные периоды заболевания боли возобновились (в основном при рецидивирующей форме инфаркта миокарда). 2 больных из 20 леченных фибринолизин в дальнейшем умерли от прогрессирующей сердечной недостаточности при развившейся аневризме сердца.

У 7 больных, которым фибринолизин вводили в первые сутки заболевания, отмечалось улучшение ЭКГ: линия ST приближалась к изолинии, появлялся положительный или уменьшался отрицательный Т. У 4 больных с повторными мелкоочаговыми некрозами после применения фибринолизина ЭКГ не изменялась и в дальнейшем наблюдалась ее неустойчивость (инверсия зубцов Т и линии ST). У 4 больных с трансмуральным инфарктом после введения фибринолизина ЭКГ длительно оставалась «застывшей». А у 2 больных, как мы отмечали выше, ЭКГ восстанавливалась в первые 2—3 часа после введения фибринолизина.

У одного больного после введения фибринолизина содержание фибриногена упало до 12 мг% и снизилась активность фактора VII до 89% (при норме 100%). На месте инъекций были массивные кровоподтеки. У одного больного был кратковременный озноб.

После лечения фибринолизин 18 чел. чувствуют себя удовлетворительно, у некоторых имеется стенокардия напряжения, но в основном все трудоспособны, почти в том же объеме, что и до инфаркта.

ВЫВОДЫ

1. Применение фибринолизина с гепарином в комплексной терапии больных острым инфарктом миокарда особенно эффективно в ранние сроки заболевания.
2. Фибринолизин оказывает отчетливое обезболивающее действие.
3. Наступающие после введения препаратов электрокардиографические сдвиги указывают на уменьшение зоны ишемии и повреждения миокарда.
4. У наблюдавшихся нами больных под влиянием фибринолизина и гепарина улучшилось течение заболевания и исходы.

ЛИТЕРАТУРА

Гефтер А. И., Пономарева А. Г. Тер. арх., 1964, 12.