

бытовых, медико-биологических, производственно-профессиональных и других факторов. Охрана и укрепление здоровья сегодня перестали быть делом сугубо медицинским, и для решения вопросов, связанных с этой проблемой, требуется привлечение самых широких слоев населения, партийных, советских, хозяйственных органов, профсоюзных и других общественных организаций.

Мы использовали системный подход для усиления связи с немедицинскими учреждениями и организациями, имеющими отношение к охране и укреплению здоровья рабочих и служащих предприятия. Благодаря деятельности созданных на заводе противозидемической комиссии, комиссии по работе среди женщин, штаба по борьбе с туберкулезом, комиссии по работе среди подростков и молодежи заболеваемость с временной утратой трудоспособности стала частично управляемой, что позволило добиться значительного снижения ее уровня по таким нозологическим формам, которые в большей степени зависят от организационных мер и являются объектом деятельности указанных общественных комиссий. Так, за 1975—1983 гг. заболеваемость с временной утратой трудоспособности, вызванная кишечными инфекциями, уменьшилась в случаях на 91%, в днях — на 94%, туберкулезом органов дыхания — соответственно на 60% и 31,2%, фарингитом и тонзиллитом — на 38,3% и 22%, заболеваниями женских половых органов — на 84,7% и 82,3%, простудными заболеваниями — на 17,1% и 19,3%.

Связи с немедицинскими организациями мы расширяем и углубляем. В настоящее время при профкоме предприятия с целью снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности действуют комиссии по охране труда и технике безопасности, социальному страхованию, спортивно-массовой работе, содействию добровольным обществам, общественный технический комитет по охране природы. Кроме того, в состав советов, штабов и комиссий при поликлинике включены представители общественности предприятия. Если решение какого-либо вопроса зависит от других (районных, городских) лечебных учреждений или он носит общий характер, мы обращаемся за помощью к постоянной депутатской комиссии по здравоохранению и социальному обеспечению при исполкоме райсовета (горсовета) народных депутатов. Так, по предложению депутатской комиссии в 1982 г. на предприятии была создана врачебно-инженерная бригада, работа которой позволила добиться значительного снижения уровня заболеваемости в некоторых цехах. Совместная работа с общественностью дала возможность выработать единую стройную систему решения проблем снижения заболеваемости. Суть системы в том, что каждое подразделение ставит перед собой конкретные задачи и подчиняет их единой программе охраны и укрепления здоровья. Тесный контакт с руководством и общественностью предприятия способствует улучшению материального и морального стимулирования работы медперсонала.

Использование описанных методов системного подхода к охране и укреплению здоровья рабочих и служащих предприятия позволило добиться снижения уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности только за последние два года по сравнению с 1981 г. в случаях на 18,4%, в днях — на 20,6%.

Следовательно, целенаправленная деятельность партийных, советских, хозяйственных, профсоюзных и других общественных организаций по вопросам охраны и укрепления здоровья трудящихся является весьма эффективным рычагом совершенствования лечебно-профилактических, оздоровительных мероприятий среди широких масс трудящихся. Системный программно-целевой подход к охране здоровья трудовых коллективов позволяет высокоэффективно использовать ресурсы общественности и добиться значительного снижения уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

УДК 616.127—005.8—073.97

Н. С. Протасова, Н. В. Красникова (Саратов). Диагностическая ценность электрокардиографического исследования при инфаркте миокарда

Целью нашей работы было сопоставление электрокардиографических признаков наличия инфаркта миокарда, его локализации и фазы с патологоанатомическими данными. Изучены истории болезни 100 больных инфарктом миокарда, умерших в клинике в 1975—1979 гг. Среди них были 49 мужчин в возрасте от 32 до 83 лет и 51 женщина от 49 до 84 лет. Наибольшая летальность наблюдалась среди мужчин 60—69 лет и женщин 70—79 лет. Инфаркт миокарда развивался на фоне атеросклероза коронарных сосудов (у 95), узелкового перикардита (у 2), бактериального подострого эндокардита (у 2), хронического гломерулонефрита (у 1).

В 63 случаях ЭКГ-данные совпали с результатами патологоанатомического вскрытия по наличию, локализации, глубине и длительности инфаркта миокарда.

У 30 больных на ЭКГ не точно были отражены локализация и фаза инфаркта миокарда. Из них у 18 правильно распознан острый инфаркт передней стенки, однако не был выявлен инфаркт миокарда или рубцовые изменения задней стенки левого желудочка после ранее перенесенного инфаркта миокарда. У 12 больных на секции были подтверждены данные ЭКГ-диагностики заднего инфаркта миокарда, но не распознан свежий или давний передний инфаркт миокарда. У 7 пациентов на ЭКГ признаков инфаркта миокарда не обнаружено. Непосредственной причиной смерти 18 человек являлся разрыв стенки левого желудочка с гемотораксом полости перикарда.

У большинства больных он произошел в области аневризмы, однако ЭКГ-диагностика оказалась правильной только у 6 из 16 человек, у которых заболевание осложнилось аневризмой.

Каковы же были причины расхождений между ЭКГ и патологоанатомическими данными?

Известно, что на ЭКГ-картину выраженное влияние оказывают рубцовые поля после ранее перенесенных инфарктов миокарда. Признаки инфаркта миокарда на ЭКГ нередко не проявляются, потому что они нивелируются предшествующими изменениями ЭКГ. У 45 больных на секции были обнаружены рубцовые изменения миокарда после ранее перенесенных инфарктов миокарда, затруднившие распознавание свежих очагов некроза.

Значительно изменяет ЭКГ-картину блокада ножек пучка Гиса, при которой имеющийся инфаркт миокарда нередко не выявляется. У 17 больных были выраженные изменения метаболизма миокарда, гипертрофия желудочков, перикардит, что также осложняло ЭКГ-диагностику инфаркта миокарда.

ЭКГ-картина, близкая к получаемой при заднем инфаркте миокарда, наблюдается при эмболии легочной артерии. Этим было обусловлено расхождение диагнозов у одной больной.

Неудовлетворительное распознавание аневризмы связано с наличием обширных комбинированных переднезадних инфарктов миокарда. Следовательно, надежность ЭКГ-диагностики наличия, локализации и фазы инфаркта миокарда была подтверждена у 63% больных. У остальных лиц ЭКГ-диагностика оказалась в той или иной степени ошибочной, что чаще всего объяснялось наличием комбинированных и распространенных инфарктов миокарда, при которых имелось поражение передней и задней стенок левого желудочка, а также сочетанием инфаркта миокарда с блокадой ножек пучка Гиса.

УДК 616.127—005.8—037—073.97

А. Е. Второв (Устинов). Прекардиальное картирование в оценке действия лекарственных средств при инфаркте миокарда

Достоверным инструментальным методом оценки эффективности влияния лекарственной терапии на клиническое течение инфаркта миокарда считается прекардиальное картирование (прекардиальная электрополикардиография) в 35 грудных отведениях. Основным анализируемым показателем данного метода является скорость резольвации к изолинии сегмента ST.

Цель настоящей работы заключалась в сравнительной клинической оценке информативности этого показателя, а также дополнительного показателя, характеризующего изменения площади зубца Q картограммы при интенсивной терапии инфаркта миокарда в остром периоде для выяснения протекторного действия лечебных средств на перинфарктную зону.

Под наблюдением находилось 47 больных острым инфарктом миокарда (мужчин — 39, женщин — 8, возраст — от 37 до 78 лет), доставленных в специализированное отделение кардиологического диспансера г. Устинова в сроки до 12 ч от начала развития заболевания. Инфаркт миокарда был диагностирован у них на основании типичной клинической картины, характерных изменений ЭКГ и повышения ферментативной активности крови. У всех обследованных патологический процесс локализовался в области передней, переднебоковой стенки и имел крупноочаговый или трансмуральный характер.

Прекардиальное картирование осуществляли с помощью специально изготовленного пояса с закрепленными на нем 35 посеребренными электродами, расположенными в семь горизонтальных рядов по пяти вертикальным линиям от правой парастеральной до левой задней аксиллярной линии. Эти электроды были соединены через переключатель (коммутатор), который последовательно снимал потенциалы грудной электрокардиограммы на многоканальный электрокардиограф ЭКТ6-02. Картирование проводили дважды в течение первых суток до и после терапевтических мероприятий, а затем ежедневно в течение 7 сут заболевания с определением скорости снижения суммарного сегмента ST (Σ ST) и анализом временных изменений суммарной площади зубца Q (Σ SQ).

У всех больных при поступлении в стационар и выполнении первого прекардиального картирования регистрировали максимальный в течение всего последующего клинического наблюдения подъем сегмента ST (на рис. 1а этот подъем принят нами за 100%). По группе суммарная элевация ST (Σ ST) при поступлении составляла в среднем 38 ± 16 мм. После применения комплексной интенсивной терапии в 1-е сутки заболевания отмечалось некоторое снижение этого показателя до 82 ± 16 мм, на 3, 5, 7-е сутки величина Σ ST составляла соответственно 67 ± 11 , 54 ± 16 и 49 ± 10 мм (рис. 1а). Однако при попытке сопоставления величины Σ ST с тяжестью клинической картины болезни и прогнозом заболевания прямой и отчетливой корреляции в пределах изучавшейся выборки не выявлено. Так, у 15 (30%) больных при относительно небольшом среднем подъеме сегмента ST (Σ ST) картограммы при поступлении и впоследствии на этапах клинического наблюдения был верифицирован трансмуральный