

Исследования последнего времени, в том числе и нашей кафедры, показали, что у практически здоровых лиц с неблагоприятной по атеросклерозу семейной наследственностью (а у этих лиц, как было указано выше, особенно часто в дальнейшем развивается атеросклероз) очень нередко можно обнаружить ряд отклонений от нормы со стороны показателей системы свертывания крови, по своему характеру идентичных с имеющимися у больных атеросклерозом и почти как правило сочетающихся с повышением в крови беталипотеидов, которым в последнее время приписывают способность повышать свертываемость крови. Это позволяет рекомендовать исследование состояния свертывающей системы крови для выявления людей, угрожаемых по атеросклерозу. Из большого числа показателей данной системы наиболее информативными, по нашим данным, являются адгезивность тромбоцитов, потребление протромбина, активность VIII, XI—XII, XIII плазменных факторов, содержание свободного гепарина, толерантность плазмы к гепарину и фибринолитическая активность крови. Последние три параметра могут быть исследованы и в условиях поликлинических лабораторий. Широко применяемое определение протромбина не дает достаточно полного представления о состоянии свертывания крови и потому для выявления доклинического периода атеросклероза не представляет ценности. Можно также указать на частое снижение процентного содержания в крови альбуминов как на один из возможных признаков, свидетельствующих об определенных сдвигах в биохимизме крови, которые могут способствовать более легкому развитию атеросклероза.

При наличии у обследуемого неблагоприятных клинико-анамнестических данных и отклонений от нормы указанных выше инструментальных показателей и сходных с наблюдающимися при атеросклерозе сдвигов в обмене липидов и свертывания крови возможность наличия доклинического периода атеросклероза мне представляется высоко вероятной. Такие лица должны быть взяты на диспансерное наблюдение с проведением у них возможных в каждом конкретном случае мер профилактики возникновения клинических симптомов атеросклероза.

Поступила 8 октября 1973 г.

УДК 616.127—005.8:616—083

О ВЛИЯНИИ НАРУШЕНИЯ ЩАДЯЩЕГО ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Б. И. Гороховский, В. С. Жданов, В. А. Тарасова

*Московский городской научно-исследовательский институт скорой медицинской помощи им. Н. В. Склифосовского, Институт кардиологии им. А. Л. Мясникова
АМН СССР*

Вопрос о двигательном режиме больных инфарктом миокарда до настоящего времени окончательно еще не решен.

Чтобы выяснить, как влияет нарушение щадящего постельного режима на течение и исход трансмурального инфаркта миокарда, мы проанализировали данные по двум группам больных этим заболеванием (по 146 мужчин и 174 женщины в каждой, возраст — от 40 до 70 лет), осложнившимся и не осложнившимся разрывом сердечной мышцы. Больные находились на излечении в институте им. Склифосовского и умерли в различное время. В каждой из этих групп у 225 больных было повышенное АД, 100 больных перенесли повторный инфаркт миокарда. В группе больных инфарктом миокарда, осложнившимся разрывом,

73,6% до госпитализации ходили, поднимали тяжести, а некоторые из них продолжали работать. Больные были госпитализированы на 3—15-й дни болезни, что явилось одной из причин возникновения осложнений разрыва сердечной мышцы.

В группе больных инфарктом, не осложненным разрывом сердечной мышцы, госпитализированы на поздних сроках 53,6%. Осложнение аневризмы наблюдалось у 15,8% больных — вдвое реже, чем в первой группе (34,6%). По-видимому, для возникновения острой аневризмы имеют значение не столько сроки госпитализации, сколько нагрузка, которой подвергались больные до госпитализации. Как правило, у большинства больных (80,4%) разрывы сердечной мышцы возникали в часы бодрствования, и лишь у 19,6% — во время сна. Различные психические заболевания (шизофрения, депрессивное состояние, депрессивный и параноидный синдром, инволютивные психозы и др.) могут маскировать клинические признаки инфаркта миокарда, что приводит к несоблюдению постельного режима и служит причиной частых осложнений инфаркта миокарда. Из 73 больных с психическими расстройствами и инфарктом миокарда у 68,5% выявлена аневризма, которая у 34% осложнилась разрывом сердечной мышцы. Такой высокий процент разрывов указывает на то, что нарушение щадящего режима на ранних этапах заболевания способствует разрывам сердечной мышцы у больных трансмуральным инфарктом миокарда. С другой стороны, установлено, что не всегда строгий постельный режим гарантирует от разрывов сердечной мышцы, как это было у 27,6% больных, соблюдавших щадящий постельный режим с появления первых симптомов болезни. Совершенно очевидно, что причина возникновения разрыва сердечной мышцы заключается не только в нарушении режима, но и в характере самого инфаркта миокарда, степени выраженности миоалаяционных процессов и наличии других факторов. Все же соблюдение щадящего режима на ранних этапах трансмурального инфаркта миокарда уменьшает угрозу возникновения разрыва сердечной мышцы.

В связи с тем, что наиболее часто разрывы сердечной мышцы возникали в остром периоде инфаркта миокарда, необходимо было выяснить влияние дозированной лечебной гимнастики на течение и исход трансмурального инфаркта миокарда. С этой целью были проанализированы данные, касающиеся 285 больных трансмуральным инфарктом миокарда, находившихся на излечении в терапевтической клинике института им. Н. В. Склифосовского. Возраст больных — от 40 до 70 лет. 180 больных страдали гипертонической болезнью. У 80 был повторный инфаркт миокарда. При поступлении тяжелое состояние было у 190, среднетяжелое — у 75 и удовлетворительное — у 20.

Острая левожелудочковая недостаточность была у 134 больных, острая сосудистая (коллапс) — у 83, нарушение ритма и проводимости — у 132. 127 больных с момента заболевания и до госпитализации (2—5-й день) нарушали щадящий постельный режим: ходили, выполняли различную физическую работу и до поступления в клинику не получали адекватной кардиальной терапии. 158 больных с момента заболевания госпитализированы, соблюдали щадящий постельный режим. Мы сравнили эти две группы больных. При распределении больных по группам, помимо фактора нарушения щадящего режима, учитывали и тяжесть состояния. Критериями, по которым мы оценивали тяжесть состояния больных, служили наличие острой сердечной и сосудистой (коллапс) недостаточности, нарушение ритма и проводимости. Больным, поступившим в клинику в тяжелом состоянии, назначали интенсивное кардиальное лечение в сочетании с антикоагулянтами, кислородной терапией и антиаритмическими препаратами. Период выведения из тяжелого состояния у больных, нарушавших щадящий режим до поступления в клинику, затягивался.

В группе больных, нарушавших с момента заболевания щадящий постельный режим, продолжительные боли в сердце отмечались в 4 раза чаще, чем в группе больных, не нарушавших режима ($P < 0,001$). По-видимому, на продолжительность болей в области сердца влияла не столько сама поздняя госпитализация и нарушение режима, сколько отсутствие в этот период адекватной терапии. У больных, которые с первого дня болезни нарушали постельный режим, достоверно чаще, чем у больных, соблюдавших щадящий режим с первых часов заболевания, наблюдалась острая сердечная недостаточность, коллапсы, нарушение сердечного ритма, отрицательная ЭКГ-динамика.

С первого дня пребывания в клинике больные наряду с проведением им кардиальной терапии, назначением антикоагулянтов соблюдали щадящий постельный режим. Мы отказались от режима абсолютного покоя, под которым подразумевается полная неподвижность больных инфарктом миокарда. После прекращения ангинозного статуса, выведения больных из острой сердечной и сосудистой (коллапс) недостаточности им разрешали производить небольшие движения в мелких суставах конечностей сгибательного и разгибательного характера, а также дыхательные движения под контролем ЭКГ, АД и частоты пульса, дыхания и состояния периферической крови и активности лактатдегидрогеназы. Лечебную гимнастику проводили согласно рекомендации А. А. Лепорского (1950), М. А. Восканова (1965), В. Г. Попова и соавт. (1970) в трех комплексах в зависимости от состояния больных. После выведения больных из тяжелого состояния при помощи медицинского персонала производили пассивные повороты на бок (1—2 раза в день). С 14—16-го дня болезни при отсутствии осложнений больным разрешали активный поворот набок. Этих больных переводили на 2-й комплекс лечебной гимнастики. С 17 по 30-й день болезни больных постепенно сажали в постели, а с 31-го дня им разрешали ходить и назначали 3-й комплекс лечебной гимнастики. С 55—60-го дня болезни при отсутствии осложнений больных выписывали для дальнейшего амбулаторного лечения. Несмотря на проводимую кардиальную терапию, в период расширения режима, начиная с 17-го дня болезни, у некоторых больных наблюдались приступы стенокардии, нарушения ритма, сердечная недостаточность. Эти симптомы возникали чаще у больных, нарушавших режим покоя до поступления в клинику ($P < 0,001$). Поэтому расширение двигательного режима больным с трансмуральным инфарктом миокарда требует индивидуального подхода, особенно тем, кто на ранних этапах заболевания нарушал режим покоя. Из 285 больных трансмуральным инфарктом миокарда 89 умерли, из них 47 до поступления в клинику не соблюдали щадящего режима.

Было установлено, что в группе умерших больных, которые при жизни до поступления в клинику нарушали постельный режим, намечалась тенденция к увеличению острых аневризм, разрывов сердечной мышцы, тромбоэмболии, по сравнению с группой умерших больных, соблюдавших щадящий режим (см. табл.).

Полученные данные указывают на то, что функциональное отягощение сердечной мышцы в остром периоде инфаркта миокарда под влиянием нарушения щадящего режима ухудшает течение заболевания и способствует возникновению таких грозных осложнений, как острая аневризма и разрыв сердечной мышцы.

Мы придерживаемся мнения, что больным трансмуральным инфарктом миокарда с целью профилактики возникновения острой аневризмы и разрыва сердечной мышцы следует постепенно расширять двигательный режим. Мы не можем игнорировать острый период инфаркта миокарда (первые две недели), когда имеется наибольшая опасность возникновения разрыва сердечной мышцы. Поэтому мы рекомендуем расширять двигательный режим с конца 2-й недели болезни.

Осложнения трансмурального инфаркта миокарда

Группы обследованных больных трансмуральным инфарктом миокарда	Число больных	Статистический показатель	Осложнения					
			острая аневризисма сердца	разрыв сердечной мышцы	отек легких	тромбоэмболия	перикардит	нарушение мозгового кровообращения
Без функционального отягощения миокарда	42		9 21,4% 6,33	7 16,7% 5,76	22 52,4% 7,71	2 4,8% 3,3	2 4,8% 3,3	2 4,8% 3,3
С функциональным отягощением миокарда	47		18 38,3% 5,39	14 29,8% 6,67	30 63,8% 7,01	8 17% 1,74	4 8,5% 4,07	4 8,5% 4,07
		<i>t</i>	2,04	1,49	1,095	3,28	0,705	0,705
		<i>P</i>	<0,05	<0,1	<0,2	<0,01	<0,2	<0,2
Всего	89		27 9,4%	21 7,1%	52 18,2%	12 4,2%	6 2,1%	6 2,1%

Постепенная реабилитация больных трансмуральным инфарктом все же гарантирует от возникновения его осложнений как в остром, так и в восстановительном периодах.

Поздняя госпитализация больных трансмуральным инфарктом миокарда и обусловленные этим перегрузки, которым подвергались больные с начала заболевания, отрицательно сказывались на течении и исходе заболевания. Поэтому мы, как и многие другие исследователи, настаиваем на ранней госпитализации больных инфарктом миокарда с первых проявлений начала заболевания. Это дает возможность предупредить тяжелые осложнения инфаркта миокарда и благоприятствует более ранней реабилитации этих больных.

Поступила 16 мая 1973 г.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.127—005.8

К ВОПРОСУ ОБ ЭНЗИМОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Проф. А. И. Левин, Л. П. Ходыкина

*Пропедевтическая терапевтическая клиника (зав. — проф. А. И. Левин) Пермского
медицинского института*

Целью настоящей работы явился сравнительный анализ диагностической ценности изучения общей активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ), мочевиноустойчивой и термостабильной ЛДГ, α -гидроксibuтиратдегидрогеназы (α -ГБД) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) при различных формах ишемической болезни сердца.

Активность общей ЛДГ определяли спектрофотометрически по Вроблевски и Ла Дью, мочевиноустойчивой ЛДГ — по Континен и Линди, термостабильной ЛДГ — по Вроблевски и Грегори, α -ГБД — по Розальки и Вилькинсон, АСТ — по Рейтман и Френкель.

За норму были приняты показатели, полученные у 41 донора: для общей активности ЛДГ — 186 ± 4 ЕД, для мочевиноустойчивой ЛДГ — 135 ± 2 и в процентах к общей ЛДГ — $72,1 \pm 0,9\%$; для термостабильной ЛДГ — 140 ± 3 ЕД и в процентах к общей ЛДГ — $75,3 \pm 1\%$; для α -ГБД — 148 ± 2 ЕД, для АСТ — $20,8 \pm 1$ ЕД.

У больных (35 чел. с крупноочаговым инфарктом миокарда и 40 со стенокардией) исследования проводили в динамике на 1, 2, 3, 4, 5, 7,