

Показатели системы гемокоагуляции при атеросклерозе достоверно увеличиваются. Повышается процент плазменных факторов свертывания крови у больных II и III стадией атеросклероза. С нарастанием тяжести заболевания увеличивается содержание фибриногена и снижается фибринолитическая активность. У больных I-й группы свертывание крови начинается раньше и идет продолжительнее; у больных 2-й группы оно начинается позже, зато быстрее заканчивается, и наступает ретракция кровяного сгустка, затем фибринолиз. Антикоагулянтная активность почти одинакова у больных обеих групп.

У больных гипертонической болезнью I—II А и II В—III стадий показатели микроциркуляции почти аналогичны. Сдвиги в системе гемокоагуляции у больных 2-й группы не ярко выражены, но, как и при атеросклерозе, более существенны, чем у больных 1-й группы (I—II А стадии).

Проведенные исследования позволяют в какой-то степени раскрыть механизм развития тромбозоболоческих осложнений и способствуют разработке методов профилактики и лечения их у больных атеросклерозом и гипертонической болезнью.

ВЫВОДЫ

1. С нарастанием тяжести атеросклероза увеличивается вязкость крови ($5,6 \pm 0,54 - 6,5 \pm 0,7$), повышается содержание холестерина ($194 \pm 10 - 262 \pm 16$) и крупнодисперсных белков, агрегация эритроцитов (симптом «сладжа») соответствует II—III степени. Заметно снижается содержание кислорода крови, увеличивается агрегация тромбоцитов.

У больных гипертонической болезнью динамика перечисленных показателей менее значительна.

2. У больных атеросклерозом с нарастанием тяжести состояния отмечается увеличение показателей коагулирующих свойств крови (повышение активности V—VII—IX плазменных факторов, укорочение времени свертывания крови, нарастание фибриногена, протромбинового индекса).

При гипертонической болезни II—III стадии гиперкоагулемия менее выражена: отчетливой депрессии фибринолиза у этих больных не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богоявленский В. Ф. Казанский мед. ж., 1969, 3.— 2. Дакараричене Э. И. Изменения кровеносных сосудов конъюнктивы глазного яблока при атеросклерозе и гипертонической болезни. Автореф. докт. дисс., Каунас, 1967.— 3. Зинин Ю. В. Кардиология, 1971, 2.— 4. Мизин И. И. Клин. мед., 1969, 7.

Поступила 3 декабря 1973 г.

УДК 616.13—004.6:616.831—005

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кандидаты мед. наук З. Г. Лебедева и В. В. Фронтасьева

*Кафедра госпитальной терапии лечфака (зав.— проф. Л. С. Шварц) Саратовского
медицинского института*

Задача работы заключалась в выявлении объективных критериев оценки стадии недостаточности кровообращения у больных коронарокардиосклерозом (без гипертонии) и изучении гемодинамических сдвигов под влиянием лечения сердечными гликозидами. Обследовано 104 пациента 40—75 лет, из них 43 — в динамике до и после лечения. У 61 чел. была I стадия недостаточности кровообращения (I-я группа больных), у 19 — II А ст. (2-я гр.) и у 24 — II Б—III ст. (3-я гр.). Контролем служили данные, полученные у 46 здоровых лиц 17—45 лет.

Определяли венозное давление (аппаратом Вальдмана), скорость кровотока по магнитоальному методу, показатели баллистокордиограмм (БКГ) и поликардиограмм (ПКГ). Жалобы больных и объективный статус соответствовали клинической картине атеросклеротического кардиосклероза и недостаточности кровообращения. Мерцательная аритмия имела у 32 больных.

Венозное давление в I-й группе было нормальным ($P > 0,5$), во 2 и 3-й — достоверно повышенным: соответственно $156,2 \pm 9,3$ и $234,6 \pm 9,9$ мм вод. ст. (при норме $106,3 \pm 3,42$, $P < 0,001$). Скорость кровотока в I-й гр. оказалась нормальной ($P > 0,1$), во 2 и 3-й — замедленной: соответственно $24,6 \pm 1,1$ и $38,3 \pm 1,9$ сек. (в контроле — $16,2 \pm 0,78$, $P < 0,001$).

При оценке БКГ-данных у здоровых определена нулевая степень отклонения БКГ по Броуну, в I-й группе — $2,2 \pm 0,12$, во 2-й — $3,0 \pm 0,27$ и в 3-й — $3,2 \pm 0,13$. В 3-й гр.

отмечалось также удлинение интервала НК ($0,278 \pm 0,006$, в контроле $0,240 \pm 0,006$ сек., $P < 0,001$).

ПКГ-изменения выражались в удлинении фаз асинхронного и изометрического сокращения, фазы напряжения, укорочения фазы изгнания, уменьшения внутрисистолического показателя (ВСП) и скорости повышения внутрижелудочкового давления (СПВД), увеличения индекса напряжения миокарда (ИНМ). Указанные изменения наблюдались у всех больных, но были особенно значительными во 2 и 3-й группах. Помимо этих сдвигов обнаружено достоверное укорочение механической и общей систол, а также диастолы ($P < 0,001$). 16 больных получали строфантин внутривенно в дозе $0,25$ мг в $20,0$ мл 40% раствора глюкозы 1—2 раза в день в течение 8—20 дней и 16 — дигиталис по $0,05—0,1$ г 2—3 раза в день или изолатид по $0,25$ мг 3—6 раз в день и лантозид (15—20 капель 2—3 раза в день); 11 пациентам было проведено комбинированное лечение. Суточную дозу лекарств подбирали строго индивидуально с учетом субъективных и объективных данных, частоты пульса, выраженности застойных явлений.

После лечения сердечными гликозидами у больных наступало улучшение: уменьшались одышка, сердечные, тахисистолия, застойные явления в органах, увеличивался диурез. Клиническое улучшение отмечено у всех 19 больных 2-й гр. и у 21 (из 24) больных 3-й гр.; у 3 чел. с наиболее выраженными явлениями недостаточности кровообращения клинического эффекта достигнуто не было. Венозное давление у больных 2-й гр. снизилось до $142,9 \pm 6,6$ ($P < 0,001$), 3-й — до $211,4 \pm 13,3$ ($P < 0,001$). Скорость кровотока после лечения достоверно увеличилась ($P < 0,01$). У больных 2-й гр. на БКГ было выявлено укорочение интервалов НК и РК, уменьшение ДК, у больных 3-й гр. — укорочение интервала RH, увеличение BI, уменьшение ДК и степени отклонения БКГ по Броуну. Положительные ПКГ-сдвиги у больных 2 и 3-й гр. выражались в уменьшении фаз изометрического сокращения и напряжения, увеличении фазы изгнания, удлинении механической и общей систол, диастолы, увеличении ВСП и СПВД, уменьшении ИНМ (в преобладающем большинстве $P < 0,001$ и $< 0,01$). У больных 3-й гр., кроме того, отмечено укорочение фазы асинхронного сокращения ($P < 0,01$).

Длительное применение сердечных гликозидов у больных атеросклеротическим кардиосклерозом приводит к улучшению сократимости миокарда, что проявляется клинически и определяется при инструментальном исследовании. Благоприятные изменения показателей БКГ и ПКГ при однократном введении строфантина свидетельствуют о возможности использования «острого опыта» для прогнозирования в каждом конкретном случае длительного применения препарата с лечебной целью.

Поступила 8 февраля 1973 г.

УДК 616—007.64:616.127—005.8

ТРУДОВОЙ ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ СЕРДЦА¹

Н. Д. Черкинская, Б. И. Гороховский

ВТЭК Дзержинского района) г. Москвы (главрач — В. П. Ротфельд), Московская городская больница скорой помощи № 53 (главрач — С. Г. Ринкевич)

Аневризма сердца относится к наиболее тяжелым осложнениям трансмурального инфаркта миокарда. Она обнаруживается у 20—50% больных, перенесших инфаркт миокарда [1—4]. Прогноз и состояние трудоспособности больных при этой патологии еще недостаточно разработаны. До недавнего времени считалось, что прогноз больных, перенесших инфаркт миокарда, осложнившийся аневризмой, абсолютно безнадежный.

Для изучения трудового прогноза больных с постинфарктными аневризмами сердца мы проводили наблюдения в течение 5 лет над 108 больными, перенесшими трансмуральный инфаркт миокарда, осложнившийся аневризмой сердца. Наряду с электрокардиографическим, рентгенокимографическим, электрокимографическим исследованием у части больных производили (во ВНИИ клинической и экспериментальной хирургии) вентрикулографию, коронарографию и скеннирова-

¹ Работа доложена на Московской городской конференции врачей-экспертов 19/II 1973 г.