

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, сердцебиение, 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 РН, увеличение БИ, 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.

ние сердца. О состоянии коронарного кровообращения у этих больных судили по динамическим изменениям ЭКГ под влиянием физической нагрузки, о сократительной способности миокарда — по данным фазового анализа сердечной деятельности. С целью рационального трудового устройства у больных с постинфарктными аневризмами выясняли характер и условия выполняемой работы и ее влияние на течение заболевания. С условиями труда знакомились непосредственно на производстве. Продолжительность временной нетрудоспособности пациентов устанавливали по производственным характеристикам, где указывалось количество дней нетрудоспособности, и по поликлиническим картам больных.

55,6% больных были в наиболее активном творческом возрасте — моложе 50 лет. Старше 60 лет были всего лишь 4,6% больных. Средний возраст больных — 48 лет.

У 57 больных к периоду наблюдения прошло от 1 до 5 лет после инфаркта миокарда, у 34 — от 6 до 10 лет, у 13 — от 11 до 15 лет и у 4 — от 16 до 23 лет.

Коронарная недостаточность I ст. была у 12 больных, II ст. — у 88, III ст. — у 8; сердечная недостаточность I ст. — у 39, II А ст. — у 36, II Б ст. — у 27, III ст. — у 6. 54 чел. до заболевания занимались физическим трудом, 51 — интеллектуальным, 3 больных не работали.

В группе больных, занимавшихся физическим трудом, 22 выполняли работу с тяжелым, 26 — с умеренным и 6 — с незначительным физическим напряжением. 39 чел. (70,4%) после инфаркта миокарда вновь включились в трудовую деятельность, 14 (25,9%) к работе приступить не смогли. Среди лиц, занимавшихся ранее тяжелым физическим трудом, лишь 7 изменили свою профессию, 1 стал работать на дому. 7 чел. после болезни не смогли приступить к работе (6 по состоянию здоровья и 1 из-за пенсионного возраста). Из 32 чел., выполнявших до инфаркта миокарда умеренную и незначительную физическую нагрузку, 10 смогли выполнять работу со снижением своей квалификации, 4 остались на прежней работе, из них 1 — с ограничением, 10 больных изменили профессию, 8 к работе приступить не смогли.

Итак, в этой группе больных 3 продолжают трудиться на прежнем месте без ограничения (у 2 из них работа требует незначительного и у 1 — умеренного физического напряжения) и 1 — с ограничением (освобожден от ночных дежурств), 17 чел. работают с учетом специальности со значительным снижением своей квалификации, 17 изменили профессию (исключили физическое напряжение), 1 больной работает на дому. Никто из работавших до инфаркта водителями транспорта к прежней работе не вернулся.

В группе лиц интеллектуального труда 15 чел. до инфаркта работали со значительным и 35 — с выраженным нервно-психическим напряжением. После болезни в трудовую деятельность включился 41 больной, 10 к работе приступить не смогли (3 в связи с пенсионным возрастом и 7 по состоянию здоровья). Из включившихся в трудовую деятельность 28 смогли работать по своей специальности, из них 17 с ограничением (сокращенный рабочий день, уменьшение объема работы, исключение командировок и дополнительных нагрузок), 2 чел. снизили свою квалификацию, 3 — повысили ее и 4 изменили профессию.

Таким образом, у лиц интеллектуального труда, сохранивших работоспособность, снижался лишь объем деятельности, тогда как среди занимавшихся физическим трудом, особенно тяжелым, лишь небольшое число лиц вернулось к прежней работе, а большинство или изменило свою профессию, или значительно снизило квалификацию.

Представляют интерес сравнительные данные групп инвалидности после инфаркта, осложненного аневризмой сердца, при первичном и повторном освидетельствовании больных через год (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительные данные групп инвалидности больных с постинфарктными аневризмами

Группы инвалидности	При первом освидетельствовании	При повторном освидетельствовании
I	6	6
II	80	57
III	17	37
Группы нет	5	5
Всего . . .	108	105

Таблица 2

Динамика групп инвалидности по годам у больных с постинфарктными аневризмами

Группы инвалидности	При первом освидетельствовании	При повторном освидетельствовании				
		через 1 год	через 2 года	через 3 года	через 4 года	через 5 лет
I	4	4	2	2	3	4
II	47	29	30	28	24	23
III	7	24	26	26	29	22
Группы нет	3	3	2	4	4	1
Умерло . . .		1				10
Всего . . .	61	61	60	60	60	60

При повторном освидетельствовании значительное число перенесших постинфарктные аневризмы было переведено из 2-й группы инвалидности в 3-ю.

Динамика групп инвалидности по годам представлена в табл. 2.

Если при 1-м освидетельствовании большинство больных было признано нетрудоспособным, и лишь небольшая часть больных — ограниченно (11,3%) или полностью трудоспособными (5%), то уже через год нетрудоспособных становится меньше, соответственно увеличивается число лиц, признанных ограниченно трудоспособными (39,3%). В последующие годы заметной динамики инвалидности не наблюдалось.

Следовательно, непосредственно после инфаркта миокарда в результате выраженной коронарной и сердечной недостаточности и связанного с этим нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов сердца большинство больных оставалось нетрудоспособным. По мере того, как неповрежденная аневризмой часть миокарда гипертрофировалась и налаживалось коллатеральное кровообращение, улучшался метаболизм. Это способствовало улучшению сердечной деятельности, и уже через год при повторном освидетельствовании больных с постинфарктными аневризмами сердца уменьшилось число пациентов, полностью нетрудоспособных, и одновременно увеличилось число больных, ограниченно нетрудоспособных.

ВЫВОДЫ

1. Наличие постинфарктной аневризмы не является абсолютным признаком нетрудоспособности. При правильной организации трудового процесса больные длительное время могут продолжать работу. Трудовая реабилитация этих больных оказывает положительное влияние на прогноз заболевания.

2. У лиц интеллектуального труда чаще, чем у занимающихся физическим трудом, после перенесенного инфаркта миокарда, осложненного аневризмой сердца, сохраняется способность вернуться к прежней профессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгопосок Н. А. Клиническая медицина, 1955, 1.— 2. Незлин В. Е. Коронарная болезнь. Медгиз, М., 1951.— 3. Нестеров В. С., Кочетков А. М., Дикарева Е. А. Аневризма сердца. Медгиз, М., 1963.— 4. Петровский Б. В., Козлов И. З. Аневризма сердца. Медицина, М., 1965.

Поступила 3 сентября 1973 г.