

Форма болезни	1-я группа — VO_2 более 300 мг %			2-я группа — VO_2 200—300 мг %			3-я группа — VO_2 ниже 200 мг %		
	число боль- ных	VO_2	кли- ренс по VO_2	число боль- ных	VO_2	кли- ренс по VO_2	число боль- ных	по VO_2	кли- ренс по VO_2

7—10 лет

Легкая	2	318,5	3,08	11	223,5	5,6	24	156,2	7,73
Среднетяжелая	9	347,9	3,45	22	239,4	5,46	12	161,8	8,6

11—15 лет

Легкая	—	—	—	8	226,8	4,19	10	166,3	6,82
Среднетяжелая	2	337,0	3,57	10	250,8	4,67	7	177,4	6,68

Как видно из данной таблицы, в 1 и 2-й группах у большинства больных (67,2%) было среднетяжелое течение болезни, тогда как в 3-й гр. преобладали больные с легкой формой (64,2%).

Итак, скарлатина на современном этапе сохраняет свои основные клинические черты, характеризуется благоприятным клиническим течением, легкостью и недлительностью проявления осложнений. Несмотря на преобладание легких форм заболевания без клинически выраженных симптомов интоксикации, имеет место повышенное образование недоокисленных продуктов обмена в организме. Уровень недоокисленных продуктов обмена в крови и деятельность почек по очищению от них четко коррелируют с тяжестью течения скарлатины. Лечение больных среднетяжелой формой скарлатины целесообразнее проводить в условиях стационара.

Поступила 24 сентября 1973 г.

УДК 616.127—005.8:616.12—008.318

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Канд. мед. наук А. М. Бродская

Кафедра терапии № 1 (зав. — проф. Л. М. Рахлин) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина

После введения в практику непрерывной регистрации электрокардиограммы и мониторингового наблюдения за деятельностью сердца в остром периоде инфаркта миокарда было установлено, что нарушения ритма возникают у большинства больных. Летальность при инфарктах, осложненных аритмиями, в 1,5—2 раза выше. Однако, если раньше констатация аритмии вообще расценивалась как плохой прогностический признак, наблюдения привели к переоценке старых представлений и прогностических перспектив, связанных не столько с самим фактом, сколько с характером нарушений ритма в остром периоде инфаркта миокарда.

Мы располагаем опытом 2-летней работы палаты интенсивного наблюдения в условиях терапевтической клиники. Под наблюдением находилось 170 больных с крупноочаговым инфарктом миокарда (возраст — от 35 до 82 лет). Из них умерло 50. Распределение аритмий (помимо синусовой тахи- и брадикардии) у выписавшихся и умерших представлено на рисунке. Наиболее часто встречалась экстрасистолия, преимущественно желудочковая, затем — фибрилляция желудочков, блокада ножек пучка Гиса, пароксизмальная тахикардия, мерцание предсердий и полная А—V блокада. Экстрасистолия одинаково часто встречалась как у выздоровевших, так и у умерших. Другие нарушения ритма в группе больных с летальным исходом встречались в 3—4 раза чаще, чем у выписавшихся. Отмечались сложные сочетанные нарушения ритма (2—3 и более видов аритмий) у одного и того же больного, что прогностически всегда неблагоприятно. В группе боль-

Экстрасистолия



Фибрилляция
желудочков



Блокада ножек
пучка Гиса



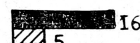
Пароксизмальная
тахикардия



Мерцание
предсердий



Полная а-в
блокада



■ — умершие ▨ — выписавшиеся

Аритмии у выписавшихся и умерших.

ных с летальным исходом нарушения ритма зарегистрированы более чем в 90% ($P < 0,001$). Это подтверждает взаимосвязь между нарушениями ритма и исходом при инфаркте миокарда.

При пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии ритм восстановлен у всех больных, при желудочковой тахисистолии, фибрилляции желудочков — у половины, при мерцании предсердий — более чем у $\frac{2}{3}$ больных. Следует отметить, что больные с эпизодами пароксизмальной тахикардии и фибрилляции желудочков, даже выведенные из этого состояния, в большинстве случаев погибли на поздних этапах инфаркта миокарда.

Для предупреждения и лечения нарушений ритма мы применяли поляризующую смесь, панангин, новокаиномид, в последнее время — обзидан. При показаниях проводили электрическую дефибрилляцию, электростимуляцию.

Поляризующую смесь вводили всем больным при наличии тахикардии, экстрасистолии. Кроме того, мы применяли ее как основу коктейлей с добавлением сердечных гликозидов, симпатомиметических средств, новокаиномиды и т. д. При экстрасистолии вместе с поляризующей смесью часто вводили панангин по 10—20 мл. Такая пропись давала более отчетливый терапевтический результат. При отсутствии эффекта назначали новокаиномид, в особенности — при пароксизмальной тахикардии и мерцательной аритмии. Хорошее впечатление было и от применения новокаиномиды при выраженной синусовой тахикардии. При тенденции к гипотонии новокаиномид вводили с мезатоном. Обзидан применяли как при суправентрикулярной, так и при желудочковой экстрасистолии или пароксизмальной тахикардии, при мерцании предсердий, получая в ряде случаев положительный эффект.

В качестве иллюстрации лечения тяжелых нарушений сердечного ритма приводим историю болезни.

Г., 72 лет, поступила в клинику через 2 часа от начала болевого приступа в состоянии аритмического шока. На вопросы не отвечает, стонет. Кожа бледно-цианотичная, холодная на ощупь, покрыта потом. Пульс 50 мин., АД 110/60. На ЭКГ: инфаркт задней стенки левого желудочка, осложненный полной А—V блокадой. Внутривенно введено 1 мл 0,1% раствора атропина, 2 мл кордиамина, 30 мг преднизолона в 20 мл 5% раствора глюкозы. Через 10—15 мин. появилась тахикардия — 133 в мин. На ЭКГ — желудочковая тахисистолия. Начата подготовка к дефибрилляции. В связи с нарастающим отеком легких дан кислород через спирт, внутривенно введен морфий (1 мл) и лазикс (2 мл). Через 15—20 мин. состояние улучшилось. На ЭКГ: на фоне А—V блокады I степени аллоритмия типа бигеминии, периодически — короткие, все более редкие приступы желудочковой тахисистолии. Необходимость в дефибрилляции отпала. Через час на ЭКГ: синусовая тахикардия, сохраняется А—V блокада I степени.

В последующие дни пациентка получала пенициллин, панангин, лазикс, дигоксин. На 3-й день болезни на ЭКГ зарегистрирована блокада правой ножки пучка Гиса, исчезающая через час. К концу того же дня — мерцательная аритмия, единичные желудочковые экстрасистолы. Пароксизмальная мерцательная аритмия на 3-й неделе стала постоянной. Инфаркт миокарда в дальнейшем осложнился тромбоэмболическим с тромбоэмболией в систему легочной артерии, развитием инфаркта легкого и плеврита, сердечной недостаточностью. На 53-й день болезни Г. выписана. Сохраняется мерцательная и экстрасистолическая аритмия, сердечная недостаточность.

Приведенный пример демонстрирует тяжелое течение комбинированных нарушений ритма и сложность их терапии. Тем не менее раннее выявление аритмий, своевременное применение антиаритмических средств, борьба с нарастающей сердечной недостаточностью значительно улучшают прогноз при инфаркте миокарда.

Поступила 26 ноября 1973 г.

УДК 616.1:616.441—008.61

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Проф. В. Н. Фатенков, В. А. Семенов

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. В. Н. Фатенков) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

С помощью ряда инструментальных методов исследований: электро-, вектор-, фоно-, поликардиографии, а также измерения скорости кровотока магнитоальным методом, венозного давления по В. А. Вальдману (1967), капилляроскопии ногтевой переходной складки пальцев рук изучено в динамике сроком до 2,5 лет состояние сердечно-сосудистой системы у 125 больных тиреотоксикозом (113 женщин и 12 мужчин в возрасте от 16 до 66 лет). У 37 из них была I степень заболевания, у 61 — II ст. и у 27 — III ст. 95 больных лечились хирургическим путем, 30 — консервативно. Контрольную группу составили 33 здоровых человека.