

миокардом кислорода, что находит свое отражение в различии показателей ДП и в большей степени ПР (соответственно $P < 0,05$ и $P < 0,01$), причем последнее, на наш взгляд, является доказательством большей информативности показателя «произведение резервов».

Увеличение различий среднегрупповых показателей, отражающих возможности реадaptации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам на протяжении всего периода реабилитации, связано, на наш взгляд, с опосредованным, кумулятивным действием КМ на функциональное состояние миокарда.

Результаты клинического обследования больных также подтверждают тезис о положительном влиянии КГ в сочетании с КМ на течение заболевания. Так, среднегрупповой показатель ХНК (хронической недостаточности кровообращения) к моменту окончания амбулаторного периода реабилитации составлял $0,92 \pm 0,05$ в 1-й группе и $0,73 \pm 0,06$ — во 2-й ($P < 0,05$), а среднегрупповой функциональный класс постинфарктной стенокардии, определенный клинически, примерно соответствовал таковому при ВЭП-2 и составлял в 1 и 2-й группах соответственно $2,11 \pm 0,08$ и $1,84 \pm 0,07$ ($P < 0,05$).

ВЫВОДЫ

1. Сочетанное применение корректоров гемодинамики и метаболизма у больных инфарктом миокарда обеспечивает, по данным клинического наблюдения и серии нагрузочных проб, более существенный положительный эффект, чем изолированное применение корректоров гемодинамики.

2. Положительный эффект сочетанной терапии, ее влияние на способность реадaptации миокарда к физической нагрузке начинает проявляться к 30—35-му дню заболевания и достигает максимума на 110—120-й день от начала инфаркта миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блужас И. М. // Кардиология.—1987.—№ 11.—С. 19—22.
2. Валеева Р. М., Родионов А. Н. Пути и средства повышения результативности лечения и профилактики ИБС.—Горький, 1989.
3. Горбаченков А. А., Почуха Т. Г., Нанашиашивили И. И. // Кардиология.—1987.—№ 3.—С. 49—53.
4. Лещинский Л. А. Ишемическая болезнь сердца.—Свердловск, 1988.
5. Лещинский Л. А., Второв А. Е., Калинина С. А. Тезисы докладов IV Всесоюзного съезда кардиологов.—М., 1986.
6. Николаева Л. Ф., Аронов Д. М. Реабилитация больных ИБС.—М., 1988.
7. Пономарев С. Б., Пономарев Н. В., Чуршин А. Д. Молодые ученые Удмуртии—науке и народному хозяйству.—Ижевск, 1988.
8. Руда М. Я., Афонская И. И., Аваллиани А. Г. // Тер. арх.—1982.—№ 11.—С. 29—33.
9. Davide L., Pearle M. D. // Amer. J. Cardiol.—1984.—Vol. 54.—P. 23—24.

Поступила 13.04.93.

EFFECT OF THE COMBINED MEDICAMENTAL THERAPY ON THE ADAPTATION TO PHYSICAL LOADS OF PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

L. A. Leshchinsky, B. M. Multanovsky, S. B. Ponomarev

Summary

Synergism of the correctors of hemodynamics and metabolism on the functional state of myocardium is studied. Their combined use provides more significant positive effect than the isolated use of the correctors of hemodynamics even within 30—55 days and peaks within 110—120 days from the start of myocardial infarction.

УДК 616.127—005.8—06:616.126—002.1—07:616.153.962.4—097.—078.333

СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ G, M, A В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ ТРОМБОЭНДОКАРДИТОМ*

А. А. Симаков, Ю. А. Панфилов, Н. Н. Крюков, Н. А. Томашевская

Кафедра внутренних болезней № 2 (зав.—проф. Н. Н. Крюков)
Самарского медицинского института имени Д. И. Ульянова

Течение и прогноз при инфаркте миокарда (ИМ) зависят от различных факторов, но в значительной степени

* Расходы на публикацию данной статьи частично возмещены путем постраничной оплаты.

определяются развитием осложнений основного заболевания [1]. Тромбоэндокардит является одним из осложнений острого ИМ. Тромбоэмболические осложнения, связанные с тром-

бозендокардитом, развиваются несмотря на проводимую интенсивную тромболитическую и антикоагулянтную терапию и часто приводят к инвалидизации или смертельному исходу больных. Так, эмболии артерий соответствующей локализации могут вызывать инсульт, инфаркт почек, гангрену конечностей, а также прогрессирующую сердечную недостаточность и другие осложнения. В связи с этим своевременная диагностика острого ИМ, осложненного тромбоэндокардитом, чрезвычайно важна не только для прогнозирования дальнейшего течения основного заболевания, но и для выбора адекватной и эффективной терапии.

Целью работы была оценка определения уровня сывороточных иммуноглобулинов G, M, A у больных острым ИМ для прогнозирования развития тромбоэндокардита и его возможной ранней диагностики.

Под наблюдением находились 55 больных острым ИМ и 18 здоровых лиц. Средний возраст больных составил $66,75 \pm 1,02$ года, здоровых — $62,05 \pm 1,77$. ИМ диагностировали на основании клинических признаков, изменений ЭКГ и результатов повторных исследований активности АлАТ, АсАТ, КФК и серийного определения иммуноглобулина сыворотки крови, тромбоэндокардит — на основании данных эхокардиографического исследования и в 11 случаях — по результатам патоморфологического исследования. В зависимости от разновидности ИМ больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу (27 чел.) вошли больные трансмуральным неосложненным ИМ, во 2-ю (28) — трансмуральным ИМ, осложненным тромбоэндокардитом.

В табл. 1 представлены результаты первого обследования больных после их поступления в клинику. По основным показателям больные обеих групп между собой существенно не различались.

Уровень иммуноглобулинов G, M, A в сыворотке крови определяли методом простой радиальной иммунодиффузии по Манчини [2] в 1, 7, 14, 21, 30-й день заболевания, а также через 2, 3 и 6 месяцев после развития ИМ. Содержание иммуноглобулинов G, M, A в сыворотке крови у здоровых лиц составило соответственно

Таблица 1

Показатели	Характеристика больных	
	Группы больных	
	1-я	2-я
Возраст, годы	$64,7 \pm 1,7$	$65,8 \pm 1,6$
Пол		
мужчины	17	18
женщины	10	10
Время от начала инфаркта миокарда, ч	$2,21 \pm 0,19$	$1,35 \pm 0,22$
Локализация инфаркта миокарда:		
передняя	15	16
задняя	12	12
Наличие в анамнезе инфаркта миокарда стенокардии		
инфаркта миокарда	8	7
стенокардии	13	12
Симптомы при поступлении:		
синусовый ритм	17	16
мерцательная аритмия	7	8
экстрасистолия	3	4
Активность иммуноглобина при первом исследовании, мг/мл	$696,4 \pm 42,2$	$705,5 \pm 45,1$
Показатели ЭКГ		
ΣST , мм	$145,7 \pm 9,8$	$139,1 \pm 8,9$
ΣQS , мм	$66,8 \pm 4,4$	$70,4 \pm 5,6$
rST	$22,9 \pm 0,89$	$24,5 \pm 0,91$

$55,21 \pm 2,12$ мкмоль/л, M — $1,20 \pm 0,11$ мкмоль/л, A — $10,04 \pm 0,56$ мкмоль/л.

В табл. 2 представлены результаты определения иммуноглобулинов сыворотки крови у больных двух групп. Содержание иммуноглобулинов сыворотки крови было повышено у всех больных обеих групп, однако характер их повышения, степень превышения нормы и время нормализации содержания иммуноглобулинов были различными. В сыворотках больных 1-й группы было отмечено увеличение концентрации в основном отдельных типов иммуноглобулинов. У больных острым ИМ, осложненным тромбоэндокардитом, констатировано увеличение концентрации не только отдельных иммуноглобулинов, но и их комбинаций, при этом наличие тромбоэндокардита достоверно коррелировало с увеличением содержания трех сочетаний иммуноглобулинов: IgG + IgM, IgG + IgA, IgG + IgM + IgA. У больных острым неосложненным ИМ наряду с явным клиническим улучшением констатировано сниже-

Таблица 2

Содержание иммуноглобулинов G, M, A (в мкмоль/л) в сыворотке крови у больных острым инфарктом миокарда (M±m)

Дни заболевания	1-я группа			2-я группа		
	IgG	IgM	IgA	IgG	IgM	IgA
1-й	118,65±4,42*	2,89±0,12*	20,91±1,78*	214,12±5,66*	3,77±0,22*	21,54±1,75*
7-й	95,76±3,89*	2,42±0,11*	17,72±1,51*	211,49±4,78*	3,09±0,24*	16,54±1,49*
14-й	82,10±2,78*	2,10±0,10*	15,11±1,28*	189,12±4,05*	2,89±0,12*	16,28±1,31*
21-й	61,06±2,41*	1,66±0,14*	13,42±1,10*	155,19±4,70*	2,72±0,14*	14,07±1,55*
30-й	56,02±2,10	1,21±0,12	10,09±0,65	106,06±3,89*	2,08±0,22*	11,47±0,46
60-й	55,19±2,11	1,22±0,11	10,70±0,74	77,05±2,78*	1,45±0,18*	10,07±0,56
90-й	55,17±2,13	1,23±0,13	10,09±0,55	57,12±2,40	1,27±0,12	10,51±0,70
180-й	54,89±2,12	1,21±0,12	10,11±0,69	55,40±2,11	1,20±0,12	10,18±0,59

Примечание. * отличия достоверные по сравнению с показателями здоровых лиц при P<0,05.

ние иммуноглобулинов крови до нормы через 3—4 недели после развития ИМ, тогда как у больных ИМ, осложненным тромбоэндокардитом, содержание иммуноглобулинов G, M, A нормализовалось только через 2—3 месяца, а у 4 больных — только через 6 месяцев после развития ИМ.

Следовательно, высокие концентрации иммуноглобулина G и M, их сочетания и время нормализации можно

использовать как прогностический признак развития тромбоэндокардита у больных острым инфарктом миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голиков А. П., Кипциани М. А. Осложнения инфаркта миокарда.—Л., 1986.
2. Mancini G., Carbonare A. O., Hermans J. F. // *Immunochemistry*.— 1965.— Vol. 2.— P. 235—238.

Поступила 31.03.93.

УДК 616.12—002.77—007—08

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕВАМИЗОЛА, Т-АКТИВИНА И МЕТИЛУРАЦИЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА

Д. А. Валимухаметова, Э. Б. Нурмухаметова

Кафедра внутренних болезней № 3 (зав.—проф. Д. А. Валимухаметова)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского
института имени С. В. Курашова

В основе патогенеза ревматизма лежат глубокие нарушения иммунного гомеостаза [4]. Расстройство процессов регенерации, находящихся в тесной связи с состоянием иммунной системы, приводит к развитию грубых склеротических процессов в сердце и к прогрессированию кардиосклероза [1]. Состояние иммунного дисбаланса в ряде случаев усугубляется при назначении антибиотиков и противовоспалительных средств, входящих в традиционную схему лечения ревматизма [5].

Применение иммунокорректирующих препаратов в комплексной тера-

пии больных ревматизмом является важным шагом в направлении патогенетического лечения. В литературе имеются сведения о положительном действии при ревматизме левамизола, препаратов тимуса, пиримидиновых производных, но они весьма немногочисленны, нет и сведений о сравнительной эффективности препаратов. В связи с этим необходимо изучение влияния иммунокорректирующих средств на показатели иммунитета у больных ревматизмом в сравнительном аспекте.

Для оценки состояния иммунной системы использовали следующие