

нормы, приводимым другими авторами, и составляет  $2,04 \pm 0,04$  г/л. У престарелых здоровых хлопкоробов обнаружены умеренные изменения микроциркуляции.

2. Обращает на себя внимание высокая степень нарушений микроциркуляции у хлопкоробов, больных ИБС, в том числе изменения внутрисосудистого статуса. Повидимому, в патогенезе феномена сладжа у наших пациентов, наряду с уже известными факторами, принимает активное участие климатический компонент (высокая температура окружающего воздуха, активная перспирация больных и т. д.).

3. Показатели содержания холестерина и бета-липопротеинов в сыворотке крови у больных ИБС хлопкоробов относительно невысокие — соответственно  $4,75 \pm 0,16$  ммоль/л и  $4,78 \pm 0,06$  г/л. Концентрация лецитина существенно не отличается от нормы ( $2,1 \pm 0,06$  г/л).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов В. Е. Биохимические нарушения при атеросклерозе и их клиническое значение. Автореф. докт. дисс. Казань, 1964.— 2. Богоявленский В. Ф. Казанский мед. ж., 1969, 3.— 3. Глазунов И. С. В кн.: Распространение гипертонической болезни и коронарного атеросклероза и условия жизни. М., 1964.— 4. Кис А. Тер. арх., 1975, 5.— 5. Климов А. Н. Кардиология, 1976, 2.— 6. Колмаков В. Н. Там же, 1975, 5.— 7. Малая Л. Т., Микляев И. Ю., Кравчун П. Г. Микроциркуляция в кардиологии. Харьков, 1977.— 8. Неменова Ю. М. Методы клинических лабораторных исследований. М., Медицина, 1967.— 9. Седов К. Р. Эпидемиология и патология коронарного атеросклероза в Иркутской области. Автореф. докт. дисс., М., 1966.

Поступила 10 мая 1981 г.

УДК 616.127—005.8—06:616.13—007.64—073.97

## ДИАГНОСТИКА ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ СЕРДЦА

А. А. Барбакова

Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав. — заслуж. деят. науки УАССР  
Л. А. Лещинский) Ижевского медицинского института

**Р е ф е р а т.** Представлены результаты клинико-инструментального обследования 300 больных инфарктом миокарда. Показана ведущая роль комплексов диагностических признаков в распознавании постинфарктных аневризм сердца при отсутствии классических симптомов.

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** инфаркт миокарда, постинфарктная аневризма сердца, клиника, диагностика.

1 таблица. Библиография: 8 названий.

Целью настоящей работы явилась оценка клинических симптомов и их сочетаний, наиболее информативных для диагностики постинфарктных аневризм сердца.

Были изучены результаты клинико-инструментального обследования 300 больных острым крутоочаговым и трансмуральным инфарктом миокарда (мужчин — 254, женщин — 46; возраст: от 20 до 39 лет — 34 больных, от 40 до 49 лет — 83, от 50 до 59 лет — 99, от 60 до 69 лет — 74, 70 лет и старше — 10), находившихся на лечении в специализированном отделении клинической больницы. Всем 300 больным, поступившим в клинику, помимо тщательного клинического исследования проводились в динамике электрокардиография, рентгенография сердца и электрокимография (ЭКИ). Последняя выполнялась канд. мед. наук Б. Н. Сапроновым в сроки, отдаленные от начала острого инфаркта миокарда на 1 мес, 6 мес, 12 и 24 мес, и служила методом верификации диагноза постинфарктных аневризм сердца.

Постинфарктная аневризма левого желудочка сердца диагностирована у 129 больных (1-я группа), у остальных (171 больной, 2-я группа) не было признаков левожелудочковой аневризмы. Частота формирования постинфарктных аневризм сердца в целом составила 43%, в том числе среди мужчин — 44,5%, среди женщин — 32,6%. Средний возраст всех обследованных мужчин — 50 лет (85,1% из них были в возрасте от 40 до 69 лет), средний возраст мужчин с постинфарктной аневризмой сердца — 50,5 лет. Средний возраст всех обследованных женщин — 52,3 года, а женщин с постинфарктными аневризмами сердца — 50,8 года.

У большинства (61,3%) больных инфарктом 1-й группы была поражена передняя стенка левого желудочка, инфаркты задней стенки встречались в 34,8%, боковой — в 3,9%, в то время как во 2-й группе больных преобладали поражения задней стенки левого желудочка (61,9%). Гипертоническая болезнь, а также симптоматические гипертонии в группе больных с постинфарктными аневризмами сердца установлены в 34,8% наблюдений, а у больных без аневризм левого желудочка артериальная гипертония встречалась в 26,3% ( $P < 0,01$ ). По нашим данным первичные инфаркты миокарда осложнены аневризмой левого желудочка в 39,9%, а повторные — в 63,0%.

Неблагоприятным в прогностическом отношении синдромом у больных инфарктом миокарда считается, согласно данным литературы, развитие постинфарктной аневризмы сердца в сочетании с интенсивным и длительным болевым приступом (от нескольких часов и более). Это так называемый синдром «возможного» или «назревающего» разрыва миокарда [2, 6]. Не отрицая, что такое сочетание в отношении прогноза имеет известное негативное значение (которое, однако, в свете наших клинических наблюдений представляется сильно преувеличенным), укажем, что в качестве диагностического критерия для установления постинфарктных аневризм синдром пролонгированных болей не является информативным.

Так, в наших наблюдениях длительный болевой синдром у больных с постинфарктными аневризмами сердца встречался в 42,6%, а во 2-й группе — в 47,3%. Мы полагаем, что некоторое преобладание длительного болевого синдрома в группе больных инфарктом миокарда, не осложненным аневризмой сердца, обусловлено большим числом лиц с первичными инфарктами миокарда в этой группе — они составили 90,6%, в то время как в группе больных с постинфарктными аневризмами первичные инфаркты миокарда отмечались заметно реже — в 79,8%.

О выраженной сердечной недостаточности у больных инфарктом миокарда с левожелудочковой аневризмой сердца, дающей большой процент инвалидизации и летальности, можно встретить указания в работах многих исследователей [1, 4, 7]. Мы наблюдали недостаточность кровообращения у больных 1-й группы в подострую стадию инфаркта миокарда (при выписке из стационара) в 39,5%, а у больных 2-й группы — в 30,9% ( $P > 0,05$ ). Вероятно, постинфарктные аневризмы сердца ввиду наличия зон асинергии значительно изменяют внутрисердечную гемодинамику и тем самым способствуют формированию выраженной недостаточности кровообращения.

Прекардиальную пульсацию мы обнаружили у 42% обследованных больных 1-й группы (при расположении аневризмы в передне-боковой области левого желудочка) и у 7% больных 2-й группы. Последнее не противоречит указанию о достоверности прекардиальной пульсации как признака, присущего только постинфарктным аневризмам сердца, так как распространенная прекардиальная пульсация может иметь место при инфаркте миокарда и без образования аневризмы сердца, но только в короткий отрезок времени [3]. На патогномоничность данного признака указывают большинство как советских, так и зарубежных авторов, хотя есть данные [5, 8], что прекардиальная пульсация неспецифична для постинфарктных аневризм сердца.

У 89,1% больных с левожелудочковыми аневризмами рентгенологически выявлено расширение границ сердца влево от срединно-ключичной линии, у 25% — расширение границ сердца влево и вправо, у 50% — аортальная конфигурация тени сердца. У больных 2-й группы эти рентгенологические признаки (расширение границ сердца влево и вправо, аортальная конфигурация тени сердца) выявлялись соответственно в 87,1% ( $P > 0,05$ ), 4% ( $P < 0,001$ ) и 10% ( $P < 0,001$ ), то есть последние два признака — достоверно реже.

Аускультативная картина у больных с постинфарктными аневризмами сердца разнообразна. Мы выявили ослабление I тона у 69,8% больных, тахикардию — у 24%, систолический шум в области сердца, чаще на верхушке, — у 49,6%, шум трения перикарда — у 15,5%. У больных 2-й группы эти симптомы отмечались соответственно в 60,8% ( $P < 0,05$ ), 18,7% ( $P > 0,05$ ), 38,5% ( $P < 0,01$ ), 5,2% ( $P < 0,001$ ). Реже обнаруживались при постинфарктных аневризмах сердца такие признаки, как симптом Казем-Бека (7%) и симптом «коромысла» (3,9%). «Застывший» тип ЭКГ (зубец Q с приподнятым интервалом «ST») у больных с аневризмами сердца констатирован в 45,7%.

#### Частота диагностических признаков постинфарктных аневризм сердца и их сочетания у больных инфарктом миокарда, %

Группы больных	Диагностические признаки									
	длительный болевой синдром	прекардиальная пульсация	ослабление I тона	систолический шум	тахикардия	выраженная недостаточность кровообращения	стойкое смещение ST вверх по ЭКГ	I комплекс	II комплекс	III комплекс
1-я группа — больные с постинфарктными аневризмами сердца	44,9	42	69,7	49,6	24	39,5	35,7	73,3	54,5	75,0
2-я группа — больные инфарктом миокарда без аневризм	49,6 >0,05	7 <0,001	60,8 <0,05	38,5 <0,01	18,7 >0,05	30,9 >0,05	32,7 <0,05	17,7 <0,001	20,2 <0,001	18,1 <0,001

Примечание. I комплекс — тахикардия + выраженная недостаточность кровообращения + стойкое смещение интервала ST вверх по ЭКГ; II комплекс — тахикардия + выраженная недостаточность кровообращения + систолический шум; III комплекс — тахикардия + выраженная недостаточность кровообращения + систолический шум + стойкое смещение интервала ST вверх по ЭКГ.

Таким образом, постинфарктные аневризмы сердца в ряде случаев проявляются классическими патогномоничными признаками, к которым можно отнести прекардиальную пульсацию, симптом Казем-Бека, симптом «коромысла». У ряда больных 1-й группы отмечена аортальная конфигурация сердца, причем чаще, чем во 2-й группе (вместе с тем не так уж редко обнаружение этого признака и во 2-й группе позволяет считать этот симптом информативным, но не патогномоничным для постинфарктных аневризм).

В связи с тем, что патогномоничные симптомы выявляются при постинфарктных аневризмах весьма редко, важную роль в диагностике приобретает группа «относительно информативных признаков», не имеющих большого диагностического значения в изолированном виде [1].

Мы решили найти такие сочетания диагностических признаков (комплексный диагностический критерий), которые позволили бы правильно ориентироваться в диагностике постинфарктных аневризм сердца. Для этой цели мы составили и оценили диагностическую информативность 3 комбинаций признаков (см. табл.):

У больных с постинфарктной аневризмой сердца I комплекс диагностических признаков встречался в 73,3%, II комплекс — в 54,3%, III — в 75%; во 2-й группе больных инфарктом миокарда эти комплексы обнаруживались соответственно в 17,7%, 20,2% и 18,1%. Следовательно, I комплекс значительно более информативен, чем II, и весьма ненамного уступает по информативности III комплексу, причем последний является более сложным — четырехкомпонентным.

## ВЫВОДЫ

1. Постинфарктные аневризмы относительно чаще встречаются у мужчин; преимущественной локализацией аневризмы сердца является переднебоковая стенка левого желудочка.

2. Повторные инфаркты миокарда значительно чаще, чем первичные, осложняются левожелудочковой аневризмой сердца (по нашим данным повторные инфаркты осложнены в 63%, первичные — в 39,9%).

3. Диагноз постинфарктной аневризмы сердца при наличии классических патогномоничных признаков (прекардиальная пульсация, симптом Казем-Бека, симптом «коромысла», выявление парадоксальной пульсации при электрокардиографическом исследовании) в большинстве случаев не вызывает сомнения. При отсутствии описанных выше признаков ведущая роль в диагностике постинфарктных аневризм сердца принадлежит комплексам диагностических признаков. Наиболее достоверными являются сочетания следующих диагностических признаков: а) тахикардия + выраженная сердечная недостаточность + стойкое смещение ST по ЭКГ (I комплекс); б) тахикардия + выраженная недостаточность кровообращения + систолический шум в области сердца + стойкое смещение ST по ЭКГ (III комплекс.)

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аббакумов С. А., Шатихин А. И., Романов М. М. Кардиология, 1972, 8, — 2. Ведутов Ю. М., Остащевская В. Г., Шейнкер Л. Л. Клин. мед., 1974, 6, — 3. Злочевский П. М. Там же, 1979, 4, — 4. Вонгдагиагас J.-P. Rev. Practic, 1974, 24, 4993. — 5. Feist J. H. Radiology, 1970, 94, 593. — 6. Гербах А. Ann. Cardiol. Angiol., 1975, 24, 223—7. Нишуэг S. N., Bernstein L., Halliday E. L. a. o. Aust. N. S. J. Med., 1971, 1, 239. — 8. Soloff L. A., Rutenberg H. L. Am. Heart J., 1972, 83, 237.

Поступила 19 мая 1981 г.

УДК 616.24—002.555—08—039.57

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГИПЕРХРОНИЧЕСКИМ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Канд. мед. наук Б. А. Эйсаев

Московский научно-исследовательский институт туберкулеза Министерства здравоохранения РСФСР (директор — проф. И. М. Бондарев)

**Р е ф е р а т.** Обобщен опыт двухэтапного лечения (стационар — амбулатория) 314 бациллярных больных гиперхроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. На амбулаторном этапе использованы 4 организационные формы проведения химиотерапии. Во всех случаях лечение