

ризмы сердца — в 15%). Летальных исходов за время обследования больных не было.

Полученные данные коррелируют с изменениями ряда биохимических показателей белкового обмена у больных ИМ. Так, под влиянием сочетания ретаболила с панангином содержание общего белка крови возросло в среднем в $63,0 \pm 1,4$ до $69,2 \pm 1,7$ г/л ($P > 0,1$). Альбумино-глобулиновый коэффициент повысился в среднем на 0,3 ($P < 0,05$). Отмечена тенденция к увеличению содержания альбуминов при одновременном снижении глобулиновых фракций за счет α_2 , γ -глобулинов, однако без статистически значимых различий. Констатируется также снижение остаточного азота крови с $29,0 \pm 3,5$ до $21,2 \pm 1,5$ ммоль/л ($P < 0,01$) и аминокислот азота крови с $3,07 \pm 0,14$ до $1,57 \pm 0,01$ ммоль/л ($P < 0,05$); общий азот мочи несколько уменьшился (с $1,43 \pm 0,07$ до $1,14 \pm 0,03$ моль/сут, $P > 0,05$).

При применении комбинации метилурацила с панангином наблюдались аналогичные изменения показателей белкового обмена, но несколько менее выраженные.

У больных контрольной группы динамика биохимических показателей белкового обмена имела определенные отличия: установлено незначительное снижение общего белка крови — с $66,4$ до $65,3$ г/л; уменьшение альбумино-глобулинового коэффициента на 0,14. Статистически достоверных изменений белковых фракций, остаточного азота и аминокислот азота крови у больных контрольной группы выявить также не удалось. Общий азот мочи уменьшился с $1,36 \pm 0,04$ до $1,14 \pm 0,03$ моль/сут ($P > 0,05$).

Как видно из табл. 2, сочетанное применение ретаболила с панангином способствовало достоверному увеличению содержания внутриклеточного калия при одновременном уменьшении количества натрия.

Аналогичный эффект, но менее выраженный, наблюдался в группе больных, получавших комбинацию метилурацила с панангином. В контрольной группе отмечено дальнейшее повышение уровня внутриэритроцитарного натрия и снижение калия. На фоне терапии АС проявилась тенденция к уменьшению суточного калиуреза, особенно при использовании комбинации ретаболила с панангином (без статистического различия).

В процессе лечения АС не было выявлено статистически достоверных изменений концентрации ионов калия и натрия в плазме крови. Следовательно, назначаемый внутрь калий в составе панангина задерживается в организме, при этом катион фиксируется, очевидно, в клеточных депо, уменьшая имевшийся в исходном состоянии дефицит калия. Эти данные подтверждены результатами проведенных сотрудниками кафедры исследований уровня обменноспособного калия и натрия с помощью радиоактивных аналогов ^{42}K и ^{24}Na [3].

Итак, обе изучаемые медикаментозные комбинации можно рекомендовать для применения в терапии больных инфарктом миокарда. Ввиду большей эффективности в целом комбинации ретаболила и панангина ее следует считать предпочтительной, если нет специальных противопоказаний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бардин Е. В. В кн.: Актуальные проблемы ИБС, вопросы диагностики и восстановительного лечения в кардиологии (Тез. докл. IV конференции кардиологов БССР, 27—28/XI 1975 г.).— 2. Лещинский Л. А., Шинкарева И. А. Сов. мед., 1975, 4.— 3. Лещинский Л. А., Трусков В. В., Шинкарева И. А. Клини. мед., 1978, 1.

Поступила 20 января 1981 г.

УДК 616.127—005.8—02:611.24:611.13/16.—073.75

ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Кандидаты мед. наук Г. Б. Аксельрод, Н. А. Олейник

Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав.—проф. Л. А. Лещинский) и кафедра госпитальной терапии № 2 (зав.—проф. В. В. Трусков) Ижевского медицинского института

Реферат. Анализ рентгенограмм легких и историй болезней 80 больных, находившихся на стационарном лечении по поводу острого инфаркта миокарда, выявил прямую зависимость ширины правой легочной артерии и величины индекса Мура

от степени застоя в малом круге кровообращения. Наибольшими эти величины были при альвеолярном отеке легких.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, отек легких, рентгенокардиометрия.
1 таблица. Библиография: 2 названия.

Отек легких при инфаркте миокарда является следствием острой левожелудочковой недостаточности, а также повышенной проницаемости легочных капилляров и альвеолярных мембран. Частота отека легких при инфаркте миокарда по данным разных авторов колеблется от 14% до 71%.

Целью данной работы явилось количественное определение изменений сосудов легких (ствола легочной артерии и ее ветвей) при разных степенях нарушения гемодинамики у больных в острой стадии инфаркта миокарда. Обследовано 80 больных в 1-й или 2-й день госпитализации; у большинства из них это совпало с началом развития инфаркта миокарда.

Рентгенографию проводили в палатах интенсивной терапии аппаратом КП5 при фокусном расстоянии 1 м, силе тока 10 мА, напряжении 75—83 кВ и выдержке 0,15 с.

Мужчин было 58 (преимущественно — лица моложе 50 лет), женщин — 22 (16 из них — старше 60 лет). У 34 пациентов установлен трансмуральный, у 35 — крупноочаговый, у 6 — мелкоочаговый инфаркт миокарда и у 5 — очаговая дистрофия миокарда.

Острая левожелудочковая недостаточность в форме альвеолярного отека имела одинаковую частоту у мужчин и женщин (27% и 28%); хроническая сердечно-сосудистая недостаточность (НIIб—НIIп) в 2 раза чаще наблюдалась у лиц женского пола. Гипертонический синдром отмечен у трети больных, преимущественно у женщин. Более чем у половины обследованных установлены различные нарушения ритма; 7 больных были реанимированы, острая аневризма сердца имела у 10. При клиническом обследовании отек легких выявлен только у 24 больных, в то время как при рентгенологическом признаки острой левожелудочковой недостаточности в виде альвеолярного и интерстициального отека легких обнаружены у 48 больных и признаки венозного застоя — еще у 24. Таким образом, с помощью рентгенологического исследования застой в малом круге кровообращения удается выявить в 3 раза чаще, чем с помощью физикального.

Альвеолярный отек легких чаще возникал при трансмуральном инфаркте миокарда, интерстициальный — одинаково часто при трансмуральном и крупноочаговом инфаркте. У больных с мелкоочаговыми повреждениями миокарда и стенокардией либо был венозный застой, либо признаков застоя не выявлялось (у 8 больных).

Для количественной оценки степени нарушений гемодинамики в малом круге определяли ширину легочной артерии корня правого легкого на уровне промежуточного бронха (в норме до 1,4 см) и индекс Мура — процентное отношение ширины ствола легочной артерии к половине поперечного размера грудной полости на уровне купола диафрагмы (в норме — не больше 18—21%).

У трети больных легочную артерию в корне легкого измерить не удалось, так как застойная инфильтрация прикорневой области не дала возможности дифференцировать контуры сосуда.

Изменения ствола легочной артерии и ее ветвей при разных степенях застоя в легких у больных инфарктом миокарда

Выраженность застоя в малом круге кровообращения	Ширина легочной артерии правого легкого, см (N—до 1,4 см)	P	Индекс Мура, % (N—21%)	P
Альвеолярный отек легких (23 больных)	$1,67 \pm 0,09$	$<0,01$	$36,8 \pm 1,6$	$<0,01$
Интерстициальный отек легких (25 больных)	$1,56 \pm 0,04$	$<0,01$	$32,7 \pm 1,5$	$<0,01$
Венозный застой (24 больных)	$1,4 \pm 0,06$	$<0,01$	$30,9 \pm 1,0$	$<0,01$
Отсутствие признаков застоя в легких (8 больных)	$1,2 \pm 0,05$	$>0,2$	$30,6 \pm 2,0$	$<0,01$

Выявлена прямая зависимость ширины легочной артерии на рентгенограммах от степени отека легких (см. табл.). У 2 больных наблюдалась необычная картина: при наличии признаков венозного застоя в малом круге кровообращения и отсутствии

самостоятельной сопутствующей легочной патологии ширина легочной артерии составляла 2,2 см. По данным различных авторов [1, 2], такое резкое расширение сосуда свидетельствует о значительном повышении давления в легочной артерии, так как степень расширения легочной артерии пропорциональна степени повышения давления в ней. Возможно, у этих больных альвеолярный или интерстициальный отек не развился, так как сыграл защитную роль спазм периферических артерий, а также меньшая степень нарушения проницаемости мембран.

За количественный показатель степени левожелудочковой недостаточности принят индекс Мура (см. табл.). Он изменялся однонаправленно и во всех случаях острой левожелудочковой недостаточности был увеличен. У ряда больных индекс Мура измерить не удалось, так как дуга легочной артерии перекрывалась расширенной и развернутой нисходящей частью аорты.

Кроме изложенного выше, нами проанализированы изменения сосудистого пучка. Выяснилось, что у больных острым инфарктом миокарда при рентгенографии по правому контуру сосудистого пучка краеобразующей в ряде случаев становится верхняя полая вена (у 19 больных). У 50 больных правый контур сосудистого пучка образовывали восходящая аорта и верхняя полая вена. Эти данные свидетельствуют о значительном расширении верхней поллой вены в результате нарушения гемодинамики не только в малом, но и в большом круге кровообращения при острой левожелудочковой недостаточности в результате возникшего инфаркта миокарда.

ВЫВОДЫ

1. При рентгенографии с кардиометрией у больных острым инфарктом миокарда выявлено, что ширина легочной артерии находится в прямой зависимости от степени застоя в малом круге кровообращения.

2. Достоверным количественным показателем степени застоя в малом круге кровообращения является также индекс Мура.

3. Рентгенографическое обследование больных острым инфарктом миокарда позволяет выявлять не только признаки нарушений гемодинамики в малом круге кровообращения, но и явления застоя в системе верхней поллой вены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иваницкая М. А. Вестн. рентгенол., 1975, 7. — 2. Рабкин И. Х. Кардиология, 1968, 6.

Поступила 17 февраля 1981 г.

УДК 615.224—02:616.12—009.72

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАПАВЕРИНА, ЭРИНИТА И ЭУФИЛЛИНА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

В. С. Волков, В. П. Братолобов

Кафедра госпитальной терапии (зав.—проф. В. С. Волков) Калининского медицинского института

Реферат. В результате лечения 90 больных стенокардией папаверином, эринитом и эуфиллином у большинства из них наступило субъективное значительное улучшение и увеличилась толерантность к физической нагрузке. Лечебный эффект от применения изучаемых антиангинальных препаратов был обусловлен в большой мере снижением АД в покое, а также частоты сердечных сокращений и АД во время физической нагрузки. Среди указанных коронароактивных средств наилучшие результаты обеспечивал эуфиллин, второе место по эффективности занимал эринит, третье — папаверин.

Ключевые слова: стенокардия, папаверин, эринит, эуфиллин.

Библиография: 2 названия.

Папаверин, эринит и эуфиллин широко используются для лечения больных стенокардией. Однако эффективность этих широкодоступных средств изучена пока недостаточно.

Нами обследовано 90 больных хронической коронарной недостаточностью, у которых ежедневно были приступы стенокардии (мужчин — 76, женщин — 14, средний возраст — 53,5 года). В прошлом 47 из них перенесли инфаркт миокарда. 40 человек страдали гипертонической болезнью, однако в период обследования артериаль-