

чаев смерть наступила от тромбоэмболии преимущественно легочной артерии. В 26,3% — от рецидивов инфаркта миокарда. Во 2-й группе из 24 умерших в 25% наблюдений непосредственной причиной смерти являлись тромбоэмболии магистральных сосудов, в 15,8% — рецидивы инфаркта миокарда. В 1-й группе смертельных исходов от тромбоэмболий не было, в 16% случаях смерть была вызвана рецидивами инфаркта миокарда.

Таким образом, дифференцированное лечение гепарином больных острым инфарктом миокарда значительно уменьшает частоту тромбоэмболических осложнений, ДВС-синдрома, рецидивов инфаркта миокарда, а также отека легких и шока. Выбор начальной дозы гепарина с учетом исходных значений паракоагуляционных проб позволяет избежать неоправданного назначения больших доз гепарина и тем самым уменьшить опасность разрывов сердца и геморрагических осложнений. Простота, доступность и надежность паракоагуляционных проб дают основание шире применять их в повседневной практике врача для контроля за эффективностью гепаринотерапии, при этом не исключается и определение времени свертывания крови.

ВЫВОДЫ

1. Раннее дифференцированное применение гепарина у больных острым инфарктом миокарда позволяет снизить число тромбоэмболических осложнений, ДВС-синдрома, рецидивов инфаркта миокарда и общую летальность.

2. Гепаринотерапию необходимо проводить в течение всего острого периода заболевания не менее 15—18 дней.

3. Эффективность гепаринотерапии и начальную дозу гепарина целесообразно определять по результатам паракоагуляционных проб.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габитов С. З. Казанский мед. ж., 1982, 5, 9.—2. Габитов С. З., Литвинов Р. И. Там же, 1981, 3, 17.—3. Ганелина И. Е. и соавт. В кн.: Ишемическая болезнь сердца. Л., Медицина, 1977.—4. Золотухин С. И. В кн.: Материалы II Всесоюзной конференции «Противотромботическая терапия в клинической практике. Новое в диагностике и лечении». М., 1982.—5. Лушников Л. А., Щербатенко С. И. В кн.: Артериальная гипертония, атеросклероз и ишемическая болезнь сердца. Чебоксары, 1980.—6. Маколкин В. И. и соавт. Там же.—7. Малая Л. Т. и соавт. В кн.: Инфаркт миокарда. М., Медицина, 1981.—8. Руда М. Я., Зыско А. П. Там же.—9. Щербатенко Л. А. и соавт. Казанский мед. ж., 1982, 5, 7.

Поступила 10.01.85.

УДК 616.127—005.8—073.75

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КАРДИОМЕТРИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Г. Б. Аксельрод, Н. А. Олейник

Кафедра госпитальной терапии № 2 (зав.— проф. В. В. Трусов), кафедра госпитальной терапии № 1 (зав.— проф. Л. А. Лецинский) Устиновского ордена Дружбы народов медицинского института

Мы попытались выяснить влияние абсолютных размеров сердца у больных в остром периоде инфаркта миокарда на отдаленный жизненный и трудовой прогноз. Для этого изучены отдаленные результаты (через 4—5 лет) у 127 больных инфарктом миокарда, находившихся на лечении в специализированном отделении больницы «Ижмаш». Всем этим больным в палатах интенсивной терапии, наряду с другими клиничко-лабораторными исследованиями, в первые сутки пребывания в стационаре была проведена трохграфия с кардиометрией переносным рентгеновским аппаратом марки П5 при фокусном расстоянии 1 м, напряжении 83 кВ, силе тока 150 мА и выдержке 0,1 с. У 85% больных данное обследование совпало с первым днем заболевания инфарктом миокарда. Площадь сердца находили по И. Х. Рабкину и соавт. [2].

Отдаленный жизненный и трудовой прогноз изучали по заранее разработанной анкете методом опроса и непосредственного обследования в кардиологическом диспансере. Для определения средних нормальных размеров площади сердца были взяты

группы (по 30 человек) практически здоровых лиц в возрасте до 40 лет и старше. Площадь сердца у здоровых мужчин до 40 лет равнялась в среднем 170 см², старше 40—177 см², у женщин—соответственно 144 см² и 158 см². Эти данные приняты за исходную нормальную величину площади сердца, соответствующую 100%.

Всех обследованных мы условно разделили на 3 группы в зависимости от площади сердца, определяемой при поступлении в стационар (см. табл.). Преобладали больные, страдавшие крупноочаговым и трансмуральным инфарктом миокарда (74%). 90,6% больных были старше 40 лет.

Характеристика обследованных пациентов

| Группы больных инфарктом миокарда | Площадь сердца, % | Пол | | Возраст, лет | | Вид инфаркта миокарда | | | Живые | | Умершие | |
|-----------------------------------|-------------------|------|------|--------------|-----|-----------------------|----------------|----------------|-------|------|---------|------|
| | | муж. | жен. | 40 | 40 | мелкоочаговый | крупноочаговый | трансмуральный | муж. | жен. | муж. | жен. |
| | | | | | | | | | | | | |
| 1-я (41 чел.) | 100—110 | 27 | 14 | 2 | 39 | 8 | 18 | 15 | 22 | 8 | 7 | 4 |
| 2-я (73 чел.) | 111—150 | 43 | 30 | 5 | 68 | 22 | 28 | 23 | 29 | 23 | 14 | 7 |
| 3-я (13 чел.) | >150 | 11 | 2 | 5 | 8 | 3 | 3 | 7 | 4 | — | 7 | 2 |
| Всего | | 81 | 46 | 12 | 115 | 33 | 49 | 45 | 55 | 31 | 28 | 13 |

Из 127 больных, перенесших инфаркт миокарда — 4—5 лет назад, к моменту обследования были живы 86 (67,7%). Как известно, летальность после инфаркта миокарда наибольшая в первые 2 года — 33,2—69,8% [1, 3; 4]. Общая летальность у обследованных нами больных составила 32,3%. Из них 23,3% умерли от повторных инфарктов миокарда и острой коронарной недостаточности. 10% умерли от других причин — злокачественных новообразований (3), самоубийства (2), желудочно-кишечного кровотечения (1).

Размеры площади сердца в остром периоде инфаркта миокарда существенно влияли на жизненный прогноз. Так, в 3-й группе обследованных, у которых площадь сердца более чем в полтора раза превышала нормальную, умерли 69,2% больных, в I и 2-й группах — соответственно 26,8% и 28,8%, что в 2,5 раза меньше. У пациентов 3-й группы неблагоприятным был и трудовой прогноз. Оставшиеся в живых больные через 4—5 лет после острого инфаркта миокарда, как правило, становились инвалидами I и II группы. Число работающих лиц из I и 2-й групп было приблизительно одинаковым (30% и 27%). Частота выхода на инвалидность прямо зависела от абсолютных размеров площади сердца в остром периоде инфаркта миокарда. Чем больше была площадь сердца, тем чаще такие больные получали I группу инвалидности ($P < 0,005$). В то же время достоверной зависимости глубины повреждения сердечной мышцы и летальности в отдаленном периоде мы не выявили.

При перенесенном трансмуральном инфаркте миокарда инвалидность в отдаленном периоде встречается чаще ($P < 0,05$). Существенного различия инвалидизации при мелкоочаговом и крупноочаговом инфаркте миокарда нами не установлено. Ограничение трудоспособности и выход на инвалидность наблюдались с одинаковой частотой. Работающий контингент составляли преимущественно мужчины, что было обусловлено в какой-то степени и возрастным различием (женщины были в среднем старше). Необходимо отметить, что в дальнейшем недостаточность кровообращения появлялась чаще у больных, имевших большие размеры сердца в острой стадии заболевания ($P < 0,001$). Зависимости между глубиной инфаркта миокарда в острой стадии и развитием недостаточности кровообращения в отдаленном периоде выявить не удалось. Взаимосвязь размеров сердца в остром периоде инфаркта миокарда и частоты приступов стенокардии отмечена в дальнейшем у женщин. Стенокардия у них встречалась в 2 раза чаще при больших размерах сердца. У мужчин такой взаимосвязи не обнаружено. Таким образом, абсолютные размеры сердца в остром периоде инфаркта миокарда, выявленные с помощью кардиометрии, являются прогностически значимым показателем в отношении отдаленного и трудового прогноза. Глубина повреждения сердечной мышцы не имеет столь существенного прогностического значения. Существенное увеличение размеров сердца

(>150%) у больных инфарктом миокарда служит достоверным прогностическим показателем высокой вероятности развития в последующем недостаточности кровообращения, для прогнозирования же частоты приступов стенокардии размеры сердца в остром периоде инфаркта миокарда недостаточно достоверны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калинина Н. В., Лукомский А. Е., Тареев Е. М. В кн.: Отдаленные исходы инфаркта миокарда. М., 1971.— 2. Рабкин И. Х., Григорян Э. А., Ажганова Г. С. Рентгенокардиометрия. М., Медицина, 1975.— 3. Шхвацабая И. К. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний. М., Медицина, 1977.— 4. Khan A. H. Arch. Intern. Med., 1983, 143, 9.

Поступила 24.05.85.

УДК 616.127—005.8—07:547.747

ОЦЕНКА СРОКОВ РУБЦЕВАНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

А. Е. Второв, С. А. Калинина

Кафедра внутренних болезней № 1 (зав.—заслуж. деят. науки РСФСР, проф. Л. А. Лещинский) Устиновского ордена Дружбы народов медицинского института

Контроль за динамикой репаративных процессов на госпитальном этапе лечения больных, перенесших инфаркт миокарда, представляет собой одну из важных задач кардиологии. Производимая в настоящее время в практических условиях оценка сроков интенсивного рубцевания миокарда является косвенной и основывается на интерпретации данных об исчезновении резорбционно-некротического синдрома и стабилизации электрокардиографических проявлений, свидетельствующих о поражении сердечной мышцы. Вместе с тем известно, что значительным изменениям при инфаркте миокарда подвергается соединительнотканый остов сердца. Направленность процессов синтеза и катаболизма в интерстиции миокарда наиболее адекватно отражает содержание основного структурного элемента коллагена — аминокислоты гидроксипролина.

В исследованиях последних лет выявлены значительные изменения показателей обмена коллагена при инфаркте миокарда [1, 2, 4]. Существенное значение при этом имеет дифференциация гидроксипролина на две фракции — свободный и пептидосвязанный. Увеличение в крови концентрации свободного гидроксипролина связано с процессами деструкции коллагена и отражает объем и время развития поражения в остром периоде [1, 5]. Уровень пептидосвязанного гидроксипролина свидетельствует об интенсивности течения белковосинтетических репаративных процессов в сердечной мышце [2, 4], и по его динамике можно контролировать репаративные изменения при инфаркте миокарда. Рубцевание сердечной мышцы сопровождается значительно большей скоростью использования пептидных (белковых) форм на пластические нужды, чем, очевидно, может быть объяснен факт повышенной концентрации пептидосвязанного гидроксипролина у больных в подостром периоде инфаркта миокарда. Другим объяснением увеличения уровня пептидосвязанного гидроксипролина является высокая динамичность и обратимость процесса образования молодого незрелого коллагена [6, 7]. Однако прижизненная динамическая оценка уровня пептидосвязанного гидроксипролина как показателя активного рубцевания миокарда проводится еще недостаточно.

Задачей настоящей работы было изучение концентрации метаболита коллагена — пептидосвязанного гидроксипролина при динамическом наблюдении больных инфарктом миокарда.

Под наблюдением находилось 80 больных, в том числе 50 человек с инфарктом миокарда (мужчин — 31, женщин — 19) в возрасте от 34 до 72 лет. У 7 больных инфаркт был мелкоочаговым, у 26 — крупноочаговым нетрансмуральным, у 17 — трансмуральным. У всех больных ежедневно в течение первой недели заболевания, а затем 1 раз в неделю в период пребывания в клинике в пробах венозной крови определяли уровень пептидосвязанного гидроксипролина по П. Н. Шараеву и др. [3]. Из исследования исключены больные с сопутствующими системными заболеваниями соединительной ткани. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц, у которых уровень пептидосвязанного гидроксипролина в крови находили трехкратно. У части больных выполняли стандартную велоэргометрическую пробу (ВЭП).