

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.127—005.8—616—053.9

Д. М. АРОНОВ, Г. Г. АРАБИДЗЕ, А. П. ЗЫСКО, Л. К. ПАВЕЛЬЧУК,
В. М. СТАРК, В. А. СОБОЛЕВА, П. А. АЛЕКСЕЕВ

О РЕЖИМЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ОСТРОМ
ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Цель исследования—выявление эффективности различных темпов активизации при остром инфаркте миокарда у лиц пожилого возраста.

Наблюдали 114 больных (86 мужчин и 28 женщин) в возрасте от 61 до 80 лет. Для более правильной оценки влияния режима на течение инфаркта в исследование не вошли больные, умершие в первые двое суток от начала болезни.

Применялись 4 темпа активизации, представленные в табл. 1.

Таблица 1
Сроки активизации больных инфарктом миокарда старше 60 лет
(в днях)

Элементы активизации	Группы больных			
	I n=30	II n=51	III n=24	IV n=9
	M±m	M±m	M±m	M±m
Активный поворот	23,5±1,3	13,5±0,5	7,4±0,4	1,1±0,1
Активное присаживание	34,6±1,7	22,8±0,9	18,6±1,4	16,3±1,8
Ходьба по палате	48,5±5,4	32,3±1,4	27,3±1,6	28,5±4,4

Применение различных темпов активизации осуществлялось поэтапно по годам с переходом от консервативной тактики последовательно к более ускоренной в условиях единого специализированного стационара по лечению больных инфарктом миокарда. По возрастному составу и характеру инфаркта миокарда группы идентичны.

В анализируемых группах больных сравнивались частота различных осложнений, развившихся начиная со 2-й недели болезни, летальность, трудоспособность и отдаленные результаты в зависимости от темпов активизации.

Как выяснилось при статистической обработке, частота различных осложнений по группам достоверно не отличалась ($P>0,05$), хотя в общем случае неосложненного течения было больше у больных III и IV групп, т. е. при более быстрой активизации ($P_{I-II}<0,05$; $P_{I-III}<0,001$; $P_{I-IV}<0,01$; $P_{II-III}<0,05$).

Из 30 больных: в I группе—12, II—14, III—3, IV—1 больной. Летальные исходы составили по группам 40, 27,4, 12,5 и 11,1%. Средний возраст умерших был 40, 27,4, 12,5 и 11,1%. Средний возраст умерших был моложе в группах с медленной активизацией: $67,8\pm1,9$ и $67,0\pm1,4$ —в I и II, $75,0\pm3,1$ и $78,0\pm0,0$ —в III и IV группах. Смерть наступила у больных I группы в среднем

на 23-й день (день первого активного поворота), II группы—на 18-й (еще до активного присаживания), III—на 30-й день (после разрешения ходить по палате), единственный больной IV группы умер на 3-й день болезни (разрешался поворот на бок). 84 человека выписались из стационара. Длительность стационарного лечения составила в среднем $98,5 \pm 9,6$; $73,6 \pm 3,8$; $66,5 \pm 4,8$; $45,3 \pm 10,0$ дня соответственно по группам. Длительность временной нетрудоспособности у лиц, вернувшихся после болезни к труду, равнялась в среднем $144 \pm 14,3$ дня для I, $108,9 \pm 7,1$ II, $110 \pm 14,8$ III и $101,0 \pm 20$ для IV групп больных. Таким образом, ускорение темпов активизации способствовало существенному сокращению как сроков стационарного лечения, так и периода временной нетрудоспособности у больных, вернувшихся к труду. Наибольшее возвращение к труду имело место в IV группе больных с быстрой активизацией, а наименьшее—в I с медленной активизацией. Переход на пенсию после болезни был более частым в I и II группах и редким в III и IV.

Далее анализировались важнейшие клинические показатели в течение 2 лет от начала инфаркта миокарда (частота хронической коронарной недостаточности, недостаточности кровообращения, повторных инфарктов миокарда, летальных исходов).

Коронарная недостаточность той или иной степени (классификация Л. И. Фогельсона) имела место почти у всех больных. Различия по группам оказались недостоверными. Больных с недостаточностью кровообращения 1-й и 2-й степени было меньше в группе с быстрой активизацией.

По частоте повторных инфарктов миокарда достоверных различий между группами за 2-летний период наблюдения не выявлено.

Летальные исходы наблюдались чаще среди больных I группы—54,5, 13,3, 19,0, 14,3% ($P_{I-II} < 0,05$; $P_{I-III} < 0,05$; $P_{I-IV} < 0,05$).

Таким образом, сравнивая ближайшие и отдаленные результаты применения различных темпов активизации в остром периоде инфаркта миокарда у 4 групп больных пожилого возраста, можно сказать, что активное ведение больных инфарктом миокарда с ранним применением лечебной физкультуры и ранним расширением режима двигательной активности улучшает результаты лечения и медико-социальные показатели, приводя к сокращению сроков стационарного лечения и увеличению числа лиц, возвращающихся к активной трудовой деятельности.

Ин-т кардиологии им. А. Л. Мясникова

Поступило 2/IX 1976 г.

Դ. Մ. ԱՐՈՆՈՎ, Գ. Գ. ԱՐԱԲԻԶԵ, Ա. Պ. ԶԻՍԿՈ, Հ. Կ. ՊԱՎԵԼՉՈՒԿ,
Վ. Մ. ՍՏԱՐԿ, Վ. Ա. ՍՈԲՈԼԵՎԱ, Պ. Ա. ԱԼԵՔՍԵԵՎ

60 ՏԱՐԵԿԱՆԻՑ ՄԵՇ ՄԱՐԴԿԱՆՑ ՄՈՏ, ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ՍՈՒՐ ԻՆՖԱՐԿՏԻ
ԺԱՄԱՆԱԿ ՇԱՐԺՈՂԱԿԱՆ ԱԿՏԻՎՈՒԹՅԱՆ ՌԵԺԻՄԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակների կողմից ցույց է տրված, որ ակտիվիզացման ընթացքի արագացումը կրճատելով տարեց հիվանդների ստացիոնար բուժման ժամանակը, չի վատացնում արտադիանի ինֆարկտի մոտակա և հեռու ելքերը:

D. M. ARONOV, G. G. ARABIDZE, A. P. ZISKO, L. K. PAVELCHYUK,
V. M. STARK, V. A. SOBOLEVA, P. A. ALEKSEEV

ON REGIME OF MOTOR ACTIVITY IN ACUTE MYOCARDIAL
INFARCTION IN PERSONS MORE THAN 60 YEARS OLD

S u m m a r y

The authors have shown that the acceleration of stirring-up rate, shortening the terms of stationary treatment of aged patients, doesn't make worse early and late results of myocardial infarction.