

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.127—005.8—06:616.127—007.64—073.96

А. К. МАНСУР

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ
ПОСТИНФАРКТНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ СЕРДЦА

Целью нашей работы является изучение функционального состояния миокарда у больных постинфарктной хронической аневризмой сердца.

Обследовано 25 больных в возрасте от 42 до 68 лет. Диагноз аневризмы устанавливался на основании клинических данных ЭКГ, рентгенологического обследования больных. Давность заболевания 1—10 лет.

Все больные были разделены на две группы. 1-я—14 больных со скрытой или начальной (H_1) и 2-я группа—11 больных с явной IIА стадией недостаточности кровообращения по классификации Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко. Для определения функциональной способности миокарда мы использовали метод апекскардиографии (АПК). После 10 минут отдыха в положении лежа на левом боку (45°), во время неполного выдоха на аппарате 6-NEK—4 синхронно регистрировались апекс-, фоно-, электрокардиограммы и сфигмограммы.

Так же обследована контрольная группа 10 практически здоровых лиц того же возраста.

Полученные данные обработаны статистически.

Одним из важных АПК показателей, позволяющих косвенно судить о конечном диастолическом давлении левого желудочка (КДДЛ), является отношение амплитуды волны «а» к общей высоте АПК—ЕО, выраженной в процентах— $a/EO\%$.

У наших больных с начальной стадией недостаточности кровообращения (H_1) $EO = 15 \pm 2,64\%$ при $t = 2,65$, что указывает на высокую достоверность отклонений по сравнению с контрольной группой ($8,02 \pm 0,13\%$).

Вместе с тем, у больных с явной IIА— a/EO стадией равняется $12,08 \pm 3,24$ и повышение его по сравнению с контрольной группой статистически недостоверно ($t = 1,25$). Кажется бы, парадокс—при H_1 КДДЛ повышено по сравнению с контрольной группой, при IIА—оно нормально. Gustev с соавт. указывает, что если a/EO меньше 15%, то КДДЛ нормально или повышено. Но они не объясняют высказанное ими положение.

По нашему мнению показатель a/EO при IIА по сравнению с H_1 объясняется не снижением, а, наоборот, повышением его во IIА стадии, что препятствует сильному сокращению предсердий и, в силу этого, уменьшает высоту волны «а» и $a/EO\%$. За счет усиления предсердного сокращения при H_1 увеличивается волна «а» и отношение $a/EO\%$.

Как видно, у наших больных, как при скрытой так и при явной стадии сердечной недостаточности отмечается статистически достоверное удлинение электромеханического периода (ЭМП)—время от начала Q на ЭКГ до начала АПК подъема.

По литературным данным удлинение ЭМП может зависеть от целого ряда причин, в том числе при атеросклеротическом кардиосклерозе из-за нарушения проводимости в левом желудочке, что вызывает удлинение времени деполяризации (Б. Г. Мирлин, 1965 г.). Время изоволюметрического сокращения (ИВМС), в обеих группах наших

больных статистически достоверно ($t > 2$) удлинено по сравнению с нормальной группой ($0,097 \pm 0,0024$). Это само по себе указывает на ослабление функциональной способности миокарда, в частности, на снижение его инотропизма, т. е. той функции, которая регулирует силу и, что очень важно, скорость сердечного сокращения. Мощность сокращения—это есть производные силы на скорость сокращения. Безусловно, удлинение ИВМС связано с нарушением метаболических процессов в миокарде.

О насосной функции сердца можно судить, определяя также время изгнания (ВИ) из левого желудочка (в наших наблюдениях оно укорочено по сравнению со здоровыми и указывает на ослабление систолического сокращения).

Время изометрического расслабления (ВИМР) удлинено, что может указывать на нарушение диастолической функции миокарда у больных хронической аневризмой сердца. Время быстрого наполнения (ВБН) в наших наблюдениях находилось в пределах нормы.

Многие авторы указывают на то, что при повышении КДДЛ понижаются величины всех трех углов АПК, за исключением ОН, и изменены соотношения их. Все это, согласно данным литературы, косвенно указывает на повышение КДДЛ, а, следовательно, на выраженное ослабление функциональной способности миокарда у больных с хронической аневризмой сердца.

Полученные данные необходимо учитывать при длительном диспансерном наблюдении за ними, при их трудоустройстве.

Киевский институт усовершенствования врачей

Поступила 2/X 1979 г.

Ա. Կ. ՄԱՆՍՈՒՐ

ՄՐՏԱՄԿԱՆԻ ՀՈՒՆԿՅՈՒՆԱԼ ՎԻՃԱԿԸ ՄՐՏԻ ՀԵՏԻՆՖԱՐԿՏԱՅԻՆ
ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԱՆԵՎՐԻԶՄՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Մրտի հետինֆարկտային խրոնիկական անեվրիզմով հիվանդների մոտ ապեկարտագրությամբ հաստատված են ներքրտային հեմոդինամիկայի խանգարման նշանները, որը վկայում է արտամկանի ֆունկցիոնալ ունակության մասին:

O. A. Mansour

Myocardial Functional State in Patients With Postinfarction Chronic Heart Aneurysm

S u m m a r y

Intracardiac hemodynamic disturbances indicating to impaired myocardial functional capacity were established by means of apexcardiography in patients with postinfarction chronic heart aneurysm.

УДК 616.127—005.8—036.88

О. А. ГУКОВА, Л. Г. ЛУКИНА, Е. Д. СТАСЕНКО, В. П. ТАТЬЯНЧЕНКО

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Несмотря на организацию блоков интенсивной терапии, специализированных бригад скорой помощи, а также несмотря на наличие определенного числа успешных ре-