

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

В. С. САДОЯН

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ,
СТРАДАЮЩИХ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Проблема нарушения венозного кровообращения в современной кардиологии является весьма актуальной. Это объясняется тем, что коронарной недостаточностью страдает большое число больных и это заболевание оказывает значительное влияние на их трудоспособность и продолжительность жизни.

Исходу острого периода инфаркта миокарда посвящена большая литература. Вопрос же о длительности жизни и трудовом прогнозе больных после перенесенного инфаркта миокарда освещен сравнительно мало. Имеющиеся в этом отношении данные разноречивы [1—15]. Одна группа авторов (И. О. Глазова и О. Г. Страхова, Смит, Катц, Миллс и др.) считает, что среди лиц, перенесших инфаркт миокарда, лишь незначительный процент остается в живых больше года, а из них только некоторые приступают к работе, и то не связанной с физическим напряжением. По Г. Ф. Лангу, 75% больных, перенесших инфаркт миокарда, не доживает более года. Левин и Розенбаум считают среднюю продолжительность жизни больного после инфаркта миокарда равной 41,1 месяца. По материалу Клерка, Макрэ, Дешампа, половина этих больных умирает в течение первого года заболевания. По сводной статистике А. Н. Беринской, Н. В. Калининой, Г. И. Меерзон, смертность после инфаркта миокарда на протяжении одного года равна 40,3%. Такие же данные приводят и другие авторы. Действительно, наиболее серьезным периодом для жизни этих больных являются первые дни, недели, месяцы от начала заболевания. В течение первого года уже завершаются восстановительные процессы в пораженной сердечной мышце. К этому же сроку заканчивается формирование коронарных коллатералей, как и развитие адаптационно-регенераторных механизмов у больного.

Другая группа авторов отмечает при этом заболевании низкую легальность. Так, М. И. Хвиливицкая, Л. Ю. Хин, Л. А. Покотинская указывают, что у больных, переживших инфаркт миокарда, в течение последующих 5 лет смертность была равна 21,7%. По данным Г. И. Шмальца, летальность подобных больных доходила до 11,9%. По П. Е. Лукомскому и Е. М. Тарееву, из общего числа больных, перенесших инфаркт миокарда, на протяжении ближайших 7 лет умерли 33,2%. Блэнд и Уайт отмечают, что из больных, переживших острый период инфаркта миокарда, 31% прожили 10 лет. Подобные цифры о продолжительности

жизни этих больных приводят и другие авторы. Различный процент смертности, устанавливаемый некоторыми авторами, можно объяснить неодинаковым контингентом заболевших. На исход инфаркта миокарда определенное влияние имеют: возраст больных, степень развития атеросклероза, наличие гипертонической болезни, своевременность установления диагноза и проведенного лечения, сопутствующие болезни, а особенно душевные переживания отрицательного характера.

Заслуживают также внимания наблюдения ряда авторов в отношении трудоспособности этих больных. Так, Мастер, Яффе и Тейх указывают, что из группы больных после инфаркта миокарда наступило функциональное излечение у 41,8%. По данным Т. Б. Корневской, из перенесших инфаркт миокарда приступили к работе 69% общего числа работавших до болезни. По Б. П. Кушелевскому, О. И. Ясаковой, Т. М. Ефимову, трудоспособность больных, перенесших инфаркт миокарда, полностью восстановилась в 46,2% случаев. А. Н. Беринская, Н. В. Калинина, Т. И. Меерзон отмечают восстановление трудоспособности у 89,1% больных. Сходные с ними результаты в отношении трудового прогноза отмечают и другие авторы (Л. И. Фогельсон, А. Т. Новиков, Крэн и др., Левин и Розенбаум и др.).

Под нашим наблюдением было 80 больных коронарной недостаточностью, из них—18 инфарктом миокарда. Возраст больных: от 20 до 29 лет—9 человек, от 30 до 39 лет—14, от 40 до 49 лет—36 и от 50 до 60 лет—31 человек.

Давность приступов стенокардии у больных до поступления в стационар была: от 1 дня до 1 месяца—у 22 человек, 3—6 мес.—у 45, у остальных—от 2 до 4 лет. Из этих больных имели гипертоническую болезнь первой стадии 18 человек. У 56 больных отмечалась повышенная чувствительность, раздражительность, лабильность эмотивной сферы, беспокойный сон.

Всем больным по установлении диагноза назначалось лечение: постельный режим, болеутоляющие, сосудорасширяющие и другие средства, некоторым—антикоагулянты. Больные с инфарктом миокарда, после 30-дневного постельного режима, соблюдали в течение последующих двух месяцев покой и ограниченный двигательный режим. Из больных острой коронарной недостаточностью вскоре умерли двое: один из них больной Т. Г., 51 года, доставленный 24/VIII 1951 г., скончался через 27 ч. после поступления, второй—Г. А., 35 лет, поступивший 26/VI 1953 г., умер через час в приемном отделении. Третий больной К. П., 41 года, страдавший коронарной недостаточностью в течение 8 месяцев, умер 3/X 1959 г. во время сна. Смерть этих больных наступила от коронаротромбоза.

В последующем, в течение 1 года наблюдений, из группы больных инфарктом миокарда умерли двое. Они страдали гипертонической болезнью. Смерть последовала у них в период покоя, после повторного инфаркта миокарда. До этого они чувствовали себя сравнительно хорошо, болей в области сердца не отмечали.

В дальнейшем, на 3-м году наблюдения, состояние здоровья у двух больных из группы с хронической коронарной недостаточностью ухудшилось и, несмотря на проведенное лечение, они скончались. Один из них Ш. П., 54 лет, кроме коронарной недостаточности, страдал атеросклеротическим кардиосклерозом, гипертонической болезнью, поражением правого сердца, асцитом. Другой больной А. А., 60 лет, имел коронарную недостаточность, атеросклеротический кардиосклероз, левожелудочковую недостаточность, мерцательную аритмию, нефросклероз.

Таким образом, в остром периоде болезни умерли двое, в течение первого года—трое, через 3 года—двое. Всего из 80 больных коронарной недостаточностью, в течение первых трех лет, умерли 7 человек, из них двое имели инфаркт миокарда. Из 7 человек 5 были в возрасте 50—60 лет. В последующем остались под нашим наблюдением 65 человек, из них 14 перенесли инфаркт миокарда.

Больные коронарной недостаточностью в период выздоровления, начиная со 2-й недели (с инфарктом миокарда—с 4-й недели), предварительно подготавливались к вставанию. Больные в постели совершали упражнения для мелких, средних мышечных групп верхних и нижних конечностей, туловища, сочетая это с дыхательной гимнастикой. Они на 5-й неделе постепенно тренировались в ходьбе в палате, на 6—8-й неделе выполняли комплекс занятий по гигиенической гимнастике. В каждом случае занятия проводились у больных после определения функционального состояния сердечно-сосудистой системы на физические упражнения. В последующем после выписки из стационара, в домашних условиях они выполняли по утрам лечебную гимнастику, а днем совершали ограниченные прогулки.

Наблюдения наши в течение ряда лет за 65 больными, перенесшими коронарную недостаточность, показывают, что если в острой стадии заболевания, наряду с комплексом лечебных мероприятий, необходимо было соблюдение строгого постельного режима, то в восстановительном периоде, а особенно спустя 2—3 месяца, целесообразно было систематическое выполнение двигательного режима (гигиеническая гимнастика, лечебная физкультура, дозированная тренировка в ходьбе). Больные коронарной недостаточностью в большинстве случаев по характеру самого заболевания имели угнетенное настроение, были беспокойны за исход заболевания, за свою трудоспособность в будущем.

Физические упражнения, в виде ограниченных движений конечностей в постели, в первую очередь, повышали эмотивный тонус, укрепляли нервно-психическую сферу больных, улучшали их настроение, способствовали нормальному венозному кровообращению и кровоснабжению миокарда, урегулированию сосудистого тонуса, а в последующем—и восстановлению трудоспособности больных.

Курс лечебной гимнастики, проведенный с больными в стационаре в стадии выздоровления, постепенно приучал их к двигательному режиму. В дальнейшем они в домашних условиях регулярно выполняли легкие физические упражнения, совершали кратковременные прогулки, что

оказывало благоприятное влияние на систему кровообращения, на весь организм.

Больных, перенесших коронарную недостаточность, периодически вызывали на осмотр. Кроме общеклинического исследования, проводили у них ортостатическую, функциональные пробы сердечно-сосудистой системы, спирометрию, снимали электрокардиограмму, определяли количество холестерина крови.

Продолжительность наблюдения за ними была до двух лет у 2, от 2 до 4 лет—у 29, от 4 до 5 лет—у 12 и от 6 до 8 лет—у 22 человек. В течение этого времени они чувствовали себя хорошо, продолжали работать, помогать в домашнем хозяйстве, заниматься умственным трудом. Для характеристики кратко приводятся результаты наблюдений за некоторыми из этих больных.

1. Больной А. С., 51 года, лечился в стационаре с 17/XI по 30/XII 1953 г. по поводу инфаркта задней стенки сердца. После лечения (строгий постельный режим, антиспазматические и наркотические средства, легкие физические упражнения мышц конечностей, туловища в постели, начиная с 4-й недели, затем дозированная ходьба в палате на 6-й неделе—лечебная гимнастика, ограниченные прогулки) выписан домой. Артериальное давление при поступлении 140/100 мм, пульс 80 ударов в 1 мин., холестерин крови 190 мг%. Накануне выписки: а/д 120/80 мм, пульс 76 ударов в 1 мин., спирометрия 3800 мл, холестерин 180 мг%. После двухмесячного отдыха приступил к литературному труду. Дома регулярно выполняет гигиеническую гимнастику, совершает недалекие прогулки.

При осмотре через год (20/XII 1954 г.) общее состояние хорошее, болей в области груди и одышки нет. Работает, систематически по утрам занимается гимнастикой. При исследовании—ортостатическая проба: лежа а/д 110/75 мм, пульс 72 удара в 1 мин., стоя а/д 120/80, пульс 80 ударов в 1 мин., спирометрия 4000 мл, электрокардиографически картина несвежего инфаркта на задней стенке сердца.

Осмотры в последующие 1955—1959 гг. Больной чувствует себя хорошо, болей в груди не отмечает, выполняет легкую работу. Ортостатическая проба в разное время в пределах: лежа а/д 115/75—120/80 мм, пульс 72—78 ударов в 1 мин., стоя а/д 120/85—130/95, пульс 80—90 ударов в 1 мин., спирометрия 4000 мл, холестерин крови 140 мг%.

2. Больной Ф. Д., 51 года, 4 года страдает коронарной недостаточностью, на работе часто переутомлялся. В течение последнего месяца сильные нервно-психические переживания. 20/IV 1953 г. тяжелый ангинозный приступ. Установлен инфаркт миокарда на задней стенке сердца. После строгого постельного режима и лечения в течение 45 дней Ф. Д. начал выполнять гигиеническую и дыхательную гимнастику, затем совершал ограниченные прогулки. В острый период болезни а/д 140/96 мм, пульс 76 ударов в 1 мин., холестерин крови 190 мг%; в период выздоровления а/д 130/80 мм, пульс 72 удара в 1 мин., спирометрия 3500 мм, холестерин 180 мг%.

Осмотр через год (20/VI 1954 г.). Состояние удовлетворительное, болей в области груди, одышки не имеет. Ортостатическая проба: лежа а/д 120/80 мм, пульс в 1' 74 удара, стоя а/д 135/95 мм, пульс в 1' 86 ударов. Электрокардиограмма указывает на рубец задней стенки сердца. Осмотр через 2 года (20/VI 1956 г.). Состояние хорошее, дома выполняет легкую работу в хозяйстве. Ортостатическая проба: лежа а/д 130/90 мм, пульс 76 ударов в 1 мин., стоя а/д 140/80 мм, пульс 90 ударов в 1 мин.; спирометрия 3300 мл. Электрокардиограмма не изменена. Последующие осмотры идентичные. В настоящее время чувствует себя хорошо, работает дома, совершает гигиеническую гимнастику, ограниченные прогулки.

3. Больной А. В., 35 лет, поступил 20/VI 1953 г. по поводу пароксизмальной тахи-

кардии. В стационаре установлен повторный инфаркт миокарда на передней и задней стенке. Больной тучный, страдает диффузным бронхитом. После лечения в течение 48 дней выписан домой, где он в течение двух месяцев соблюдал режим покоя, выполнял легкие физические упражнения и дыхательную гимнастику. При поступлении а/д 130/75 мм, пульс 140 ударов в 1 мин., при выписке а/д 120/80, пульс 82 удара в 1 мин., спирометрия 3000 мл, холестерин крови 180 мг %.

Осмотр А. В. через два года: работает, чувствует себя удовлетворительно, временами беспокоят его кашель и одышка (продолжает курить). Ортостатическая проба: лежа а/д 115/80 мм, пульс 82 удара в 1 мин., стоя а/д 125/90 мм, пульс 90 ударов в 1 мин., спирометрия 3500 мл; холестерин 180 мг %. Электрокардиографически картина несвежего инфаркта миокарда. В настоящее время А. В. работает, общее состояние его здоровья удовлетворительное.

4. Больной С. Б., 52 лет, поступил 20/VI 1956 г. по поводу острой коронарной недостаточности. Лечился в течение 30 дней. Состояние улучшилось, но изменения на электрокардиограмме показывали снижение интервала ST в I и III отведениях. Больной в последующем соблюдал режим покоя и систематически выполнял по утрам гигиеническую гимнастику, совершал прогулки.

Осмотр через год. Общее состояние хорошее, временами отмечает слабые покалывания в области груди. Сердце—границы увеличены влево на 1 см, тоны приглушенные, пульс среднего наполнения, 74 удара в 1 мин. Ортостатическая проба: лежа а/д 110/70 мм, пульс 70 ударов в 1 мин., стоя а/д 125/90, пульс 86 ударов в 1 мин. Функциональная проба сердечно-сосудистой системы в пределах нормы, холестерин 160 мг %.

Наблюдения в последующие годы указывают на удовлетворительное состояние С. Б. Он работает, занимается умственным трудом. Электрокардиограмма—правильная.

Периодические осмотры этих лиц, проведенные функциональные пробы сердечно-сосудистой системы, определение жизненной емкости легких указывали на удовлетворительную работу органов кровообращения. Повторно снятые электрокардиограммы отмечали улучшение коронарного кровообращения, а также нормальную картину ЭКГ у двух больных, перенесших 3 года тому назад инфаркт миокарда*. Артериальное давление стало нормальным у 11 человек из 18, имеющих гипертонию; количество холестерина у этих лиц было в пределах 130—190 мг %.

Из оставшихся под наблюдением 65 лиц, перенесших коронарную недостаточность, были трудоспособными 55 человек, остальные чувствовали себя удовлетворительно, выполняли легкую работу в домашнем хозяйстве. Только у трех человек, перенесших инфаркт миокарда, при подъемах на лестницу или переутомлении иногда появлялись боли в области груди, учащенное сердцебиение, которые проходили при соблюдении покоя.

В ы в о д ы

Результаты отдаленных наблюдений (до 8 лет) за больными, перенесшими коронарную недостаточность, указывают, что из 65 человек

* Подробный анализ изменений электрокардиограммы в отдаленные сроки наблюдений будет приведен в отдельном сообщении.

в дальнейшем остались трудоспособными 55 (83%), остальные чувствовали себя удовлетворительно и занимались легким трудом в домашнем хозяйстве. Общая смертность среди больных за указанный период равнялась 8,7%.

2. В комплексе лечения больных коронарной недостаточностью важное место занимали дозированные физические упражнения, которые проводились в периоде выздоровления и, особенно, в последующие годы. Физические занятия способствовали повышению нервно-психического тонуса больных, улучшению их состояния и урегулированию кровообращения.

Ереванский военный госпиталь

Поступило 17.VIII 1960 г.

Վ. Ս. ՍԱԴՎՅԱՆ

ԿՈՐՈՆԱՐ ԱՆԻՍՏԱՐԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆՈՎ, ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԵՏԱԳԱ ԱՐԴՅՈՒՆՔԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Արյան պսակաձև շրջանառություն խանգարման հարցը ժամանակակից կարդիոլոգիայում համարվում է ամենակարևորը: Այդ բացատրվում է նրանով, որ կորոնար անբավարարությունով տառապում են մեծ թվով անձինք և որ հիշված հիվանդությունն զգալիորեն ազդում է հիվանդների աշխատունակության և կյանքի երկարատևության վրա:

Մեր դիտողության տակ դանդել են կորոնար անբավարարությամբ տառապող 80 հիվանդ, որոնցից 18-ը սրտամկանի ինֆարկտով հիվանդների հասակը՝ 20—29 տարեկան — 9 մարդ, 30—39 տարեկան — 14, 40—49 տարեկան — 36 և 50—60 տարեկան — 31 մարդ: Ստենոկարդիայի նոպաները սկսվել են մինչև հիվանդանոց ընդունվելը 22 հիվանդի մոտ 1 օրից մինչև 1 ամիս առաջ, 45-ի մոտ՝ 3-ից մինչև 6 ամիս, մնացածների մոտ՝ 2-ից մինչև 4 տարի: Հիպերտոնիկ հիվանդության առաջին տարիճանով տառապում էին 18 մարդ:

Բոլոր հիվանդները ենթարկվում էին համապատասխան բուժման: Սրտամկանի ինֆարկտով հիվանդները 30-օրյա անկողնային ռեժիմից հետո, հետադարձվելով 2 ամսվա ընթացքում պահպանում էին հանգիստ և կատարում սահմանափակ շարժումներ:

Սուր կորոնար անբավարարություն ունեցող հիվանդներից երկուսը շուտով մահացան — մեկը՝ Տ. Գ., 51 տարեկան, ընդունվելուց 27 ժամ անց, մյուսը՝ Գ. Ա., 35 տարեկան, մեկ ժամից հետո, երրորդ հիվանդը՝ Հ. Պ., 41 տարեկան, որը տառապում էր կորոնար անբավարարությամբ, մահացավ 8 ամսից հետո: Երեքի մահը հետևանք էր պսակաձև անոթների խցանման:

Հետադարձվելով 80 հիվանդից առաջին երեք տարում մահացան լրիվ մարդ, որոնցից երկուսն ունեին սրտամկանի ինֆարկտ: Մեր դիտողության տակ լրիվ տարվա ընթացքում մահացին 65 հիվանդ: Եթե հիվանդության սուր շրջանում անհրաժեշտ էր լինում նշանակել նրանց խիստ անկողնային ռեժիմ, ապա վերականգնման ժամանակ կարևոր էր կատարել շարժումներ (հիդրենիկ-

բուժական մարզանք, չափավոր զրոսանք): Ֆիզիկական սահմանափակ շարժումները բարենպաստ ազդեցություն ունեին հիվանդների ներվա-հոգեկան վիճակի վրա, նպաստում էին նրանց արամազրության լավացմանը, արյան շրջանառության կարգավորմանը և աշխատունակության վերականգնմանը:

Կորոնար անբավարարությամբ հիվանդների նկատմամբ կատարված 8 տարվա դիտողությունները ցույց տվեցին, որ 65 հիվանդներից 55-ը (83%) մնացին աշխատունակ: Մյուսներն իրենց զգում էին բավարար և զբաղվում թեթև աշխատանքով: Հիվանդների մահացությունն ալի ժամանակաշրջանում հավասար էր 8,7%-ի: Կորոնար անբավարարությամբ տառապող հիվանդների կոմպլեքսային բուժման ժամանակ մեծ տեղ էր զբաղում չափավորված ֆիզիկական մարզանքը: Այն կիրառվում էր հիվանդների լավացման շրջանում և հետագա տարիներում: Սահմանափակ ֆիզիկական զբաղմունքը նպաստում էր հիվանդների ամոքմանը, ինչպես և նրանց արյան շրջանառության կարգավորմանը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Беринская А. Н., Калинина Н. В., Меерсон Т. И. Исходы и прогноз инфаркта миокарда. М., 1958.
2. Глазова О. И. и Страхова О. Г. Тр. XIV Всесоюзн. съезда терапевтов. М., 1958.
3. Кореневская Т. Б. Наблюдения над больными, перенесшими инфаркт миокарда. Диссертация, М., 1954.
4. Кушелевский Б. П., Ясакова О. И., Ефимова Г. М. Советская медицина, 1954, 12.
5. Ланг Г. Ф. Учебник внутренних болезней. М., 1956, т. 1.
6. Лукомский П. Е., Тареев Е. М. Советская медицина, 1957, 1.
7. Фогельсон Л. И. Тр. XIV Всесоюзн. съезда терапевтов. М., 1958.
8. Хвиливицкая М. И., Хин Л. Ю., Покотинская Л. А. Терапевтический архив, 1955-27, 2.
9. Шестаков С. В. Тр. Астраханского мед. ин-та, 1954, т. II.
10. Шмальц Г. И. Инфаркт миокарда. Диссертация, Одесса, 1954.
11. Beand E. F., White P. D. Journ. Amer. Med. Ass., 1941, 117, 14.
12. Katz Z. W., Mills G. V. Am. Int. Med. 1949, 2, 84, 2.
13. Levine S. A., Rosenbaum F. G. Arch. Int. Med. 68, 1954.
14. Master L., Jaffe H., Teich E. Jour Am. Med. Ass. 156, 17. 1954.
15. Smith C. Journ. Americ. Med. Ass. 3, 151, 1953.