

УДК 616.127—005.8—06

В. С. САДОЯН, Г. Г. ТИОССА, Р. А. ЛЕНЧИК

ОБ ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДАХ И МЕТОДИКЕ ВОССТАНОВИ- ТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

В течение ряда лет проведено наблюдение за отдаленными исходами лечения у двух групп больных, перенесших инфаркт миокарда. Установлена определенная зависимость результатов восстановительной терапии от сохранения больными необходимого охранительного режима и режима труда, покоя и физической активности.

Инфаркт миокарда (и. м.) является наиболее распространенным заболеванием наших дней. Исследования по изучению и уточнению вопросов этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, патологической анатомии и рациональных методов лечения и. м. привели к определенным результатам. Однако в настоящее время недостаточно изучен вопрос об отдаленных исходах и. м., что имеет большое значение в профилактике осложнений этой болезни.

Одним из сравнительно точных показателей отдаленного прогноза является число смертных случаев после острого периода и. м. Если о летальном исходе этой болезни в остром периоде имеется множество наблюдений, то данные о поздней смертности весьма скудные. По имеющимся до 1930 г. данным, больные и. м. в большинстве случаев умирали в течение первого года болезни, и только единицы из них проживали больше этого срока. В последующие годы появились сообщения [13, 17, 19, 21—22] о сравнительно удовлетворительном состоянии многих больных после перенесенного и. м.

В течение ряда лет мы наблюдали больных (121), перенесших и. м. Из них инфаркт передней стенки имели 24, задней—21, передне-боковой—40, задне-боковой—21, боковой и перегородки—15 чел. Больные были в возрасте от 20 до 30 лет 3 чел, 31—40 лет—19, 41—50 лет—52, 51—60 лет—31, 61 и более лет—16 чел. Как видно, большинство из них находилось в молодом и среднем возрасте. Все больные (мужчины) занимались физическим или умственным трудом. Среди них 104 чел. (86%) курили табак. Некоторые больные страдали также сопутствующими заболеваниями: 10—сахарным диабетом, 22—гипертонической болезнью IБ и IА стадии. В период выписки из стационара количество холестерина в крови у больных колебалось в пределах 180—220 мг%, протромбина—80—100%.

Большинство больных, перенесших и. м., через 2—3 месяца с начала болезни отмечали кратковременные боли в области груди, одыш-

ку при подъемах, общую слабость, головные боли, раздражительность, утомляемость. У некоторых имелось учащенное сердцебиение, шум в голове, иногда признаки слабодушия (боязнь невозможности возвращения к труду, страх внезапной смерти). По данным электрокардиографических исследований, у больных имелись рубцовые изменения стенок сердечной мышцы, иногда с вовлечением в поражение межжелудочковой перегородки.

В восстановительном периоде лечению больных в основном способствовало соблюдение режима покоя, питания, труда и физической активности. Учитывая, что морфологической основой при и. м. почти во всех случаях является атеросклероз венечных сосудов [1, 2, 10, 14, 15], больным, помимо двигательного режима, запрета курения табака, сниженного по калорийности суточного пищевого рациона, назначали в качестве противосклеротического средства витамины группы В. Обычно применяемая при атеросклерозе лекарственная терапия имеет целью способствовать регуляции липидного обмена, артериального тонуса, свертывающей системы и уменьшению проницаемости сосудистой стенки. Однако значимость применяемых препаратов еще требует изучения [5, 19]. В то же время длительное применение некоторых препаратов при атеросклерозе, особенно в пожилом возрасте, может сопровождаться нежелательными побочными явлениями и аллергическими реакциями [12, 15]. Поэтому больным назначали преимущественно витамины группы В, способствующие регуляции липидного обмена и кровообращения, а в необходимых случаях и сосудорасширяющие средства, направленные на улучшение снабжения миокарда кислородом.

Учитывалось также, что в возникновении сосудистых расстройств венечного кровообращения значительная роль принадлежит психоэмоциональным травмам, которые имеют важное значение не только при возникновении и. м., но особенно при его течении. «Психический фактор имеет отношение не только к психике, но может спровоцировать некоторые соматические болезни и оказывать влияние на их течение, утяжелять их» [7]. Это воззрение поддерживается многими авторами [1, 13, 16, 17]. При изучении анамнеза наблюдаемых нами больных оказалось, что у 82% до возникновения и. м. в течение длительного времени имелись нервно-психические переживания. Последние в определенной степени способствовали возникновению и осложнению болезни. Следовательно, при восстановительной терапии особое значение придавалось мерам, предотвращающим возможные отрицательные эмоции. Исходя из этого, наряду с общегигиеническими мерами, рекомендовали больным соблюдение охранительного режима. С этой целью с больными нередко проводились индивидуальные беседы.

По сходности клинической картины больные были распределены на две группы.

К первой группе отнесены 74 чел., которые в восстановительном периоде после и. м. продолжали работать и соблюдали режим покоя,

труда, питания и физической активности (лечебная гимнастика, самомассаж, дозированная ходьба). Согласно патолого-анатомическим и экспериментальным исследованиям активное рубцевание пораженного участка миокарда при и.м. обычно происходит через 1,5—2 месяца. К этому времени отмечаются и положительные клинико-лабораторные показатели. Исходя из этого, мы придерживались основного правила—постепенности повышения физической нагрузки с учетом реакции сердечно-сосудистой системы на эти упражнения. Оценкой состояния больных являлось общее их самочувствие, болевой синдром, уровень А/Д, частота пульса, картина электрокардиограммы. Динамические наблюдения за состоянием артериального тонуса, частотой пульса и ее реституции до и спустя год после ЛФК указывали на определенные положительные сдвиги.

Таблица

Результаты исследования больных и.м. до и через год после выполнения ими лечебной гимнастики

Показатели	Время исследования	
	до начала занятий	спустя год
Число пульсовых ударов в 1 мин	73	74
Максимальное давление в мм рт. ст.	110	115
Минимальное давление в мм рт. ст.	90	75
Дыхательная экскурсия в см	3	4
Спирография в см ³	2800	4000
Время восстановления пульса после функциональной пробы, мин	3	2

Повторные ЭКГ у этих больных указывали на сравнительно удовлетворительное состояние миокарда. Положительное влияние двигательного режима на сердечную мышцу больных с и.м. и повышение устойчивости к гипоксии под влиянием систематической тренировки подтверждается также исследованиями ряда авторов [7, 9, 13].

Для клинической характеристики больных этой группы приводят краткие выдержки из истории болезни.

Больной П. М., 53 лет, поступил в стационар 19/II-76 г., жалуясь на боли в области сердца, усиливающиеся при физической нагрузке, и на чувство недостатка воздуха. В 1966 г. лечился в стационаре по поводу и.м. передней стенки. После улучшения выписан, соблюдает рекомендации врача, прекратил курение. Чувствует себя удовлетворительно, работает. В 1972 г. боли в области груди возобновились. Сердце—левая граница увеличена на 1 см, тоны приглушены, пульс среднего наполнения—80 уд./мин, А/Д 130/80 мм. Кровь—гем. 15,7 г%, эр.—47000.000, цв. пок.—0,9, л.—9.800, э.—1%, лим.—20%, м.—7%, п.—3%, с.—690/0, холестерин—190 мг/0, протромбиновый индекс—70%; ЭКГ—картина—гипертрофия левого желудочка, диффузное изменение миокарда. Рентгеноскопия сердца—уплотнение и расширение дуги аорты. После месячного лечения наступило улучшение, боли в области груди уменьшились.

После первого и. м. больной в течение более 10 лет работает, соблюдает режим труда, отдыха и чувствует себя удовлетворительно.

Больной И. С., 35 лет, поступил 7/X 1961 г. по поводу за грудиных болей, одышки, общей слабости и одышки. Курит, злоупотребляет алкоголем. Сердце—границы в норме, тоны ясные, чистые, пульс среднего наполнения 90 уд/мин, А/Д 135/80 мм. Заключение ЭКГ картины—переднебоковой и. м. Анализ крови—гем. 18 г%, л.—13000, э.—1%, м.—7%, п.—2%, с.—62%, РОЭ—3 мм, холестерин 182 мг%, протромбиновый индекс—97%. В течение месячной терапии наступило улучшение боли в области груди заметно уменьшились, одышка прошла. ЭКГ исследование 7/XI 1961 г.—рубцовые изменения в миокарде. Больной выписан. В течение ряда лет находится под диспансерным наблюдением. С начала болезни прекратил курение и прием алкоголя, работает, соблюдает режим отдыха, питания, чувствует себя удовлетворительно.

Соблюдение больными этой группы необходимого после острого и. м. режима способствовало улучшению их состояния. Это отмечалось и у больных с тяжелым течением заболевания. Приводится краткая история болезни.

Больной Г. Д., 46 лет, поступил 16/VII 1973 г., жалуясь на головные боли, чувство жжения за грудиной. Сердце—левая граница увеличена на 1 см, тоны приглушенные, пульс слабого наполнения, 80 уд/мин, А/Д—140/90 мм. Со стороны других органов изменений не отмечалось. Анализ крови—гем.—14,8 г%, эр.—4.400.000, л.—12.500, холестерин—175 мг%, протромбиновый индекс 70%. 16/VIII 1973 г. внезапно появились интенсивные боли в области грудины. Инъекции болеутоляющих и сердечных средств купировали ангинозный приступ. Вечером того же дня боли в области груди возобновились. Он потерял сознание. Частота пульса и А/Д не определялись, дыхание прерывистое. Назначены внутривенно сердечные и другие препараты, искусственное дыхание, дефибрилизация сердца. Вскоре у больного появилось сознание, пульс нитевидный, А/Д—85/45 мм. ЭКГ—картина острого нарушения коронарного кровообращения передне-перегородочной области. Таким образом, у больного в стационаре появился повторный и. м., осложнившийся кардиогенным шоком. В последующем состояние его улучшилось и он был выписан. Г. Д., более двух лет соблюдая режим отдыха, питания, чувствует себя удовлетворительно, работает.

Ко второй группе отнесены 47 больных, которые нередко нарушали режим отдыха, труда, не занимались лечебной гимнастикой. Эти больные часто находились в плохом настроении, проявляли неадекватную реакцию к близким и окружающим, возобновили курение, иногда и прием алкоголя. В результате у них нередко появлялись ангинозные приступы. Заболевание у ряда больных имело тяжелое течение, иногда с летальным исходом. Приводится краткая выдержка из истории болезни.

Больной М. А., 43 лет, поступил 18/I 1972 г., жалуясь на общую слабость, интенсивную боль в за грудиной области и тошноту. Заболел прошлой ночью. Проснулся из-за сильных болей в грудной клетке. Вызвана скорая помощь, переведен на стационарное лечение. В прошлом чувствовал себя здоровым, работал. Злоупотребляет курением табака. Кожные покровы бледные, губы цианотичны. Сердце—границы расширены влево, тоны приглушенные, пульс 85 уд/мин., аритмичный, А/Д—140/70 мм. В легких множество сухих рассеянных хрипов. Анализ крови—гем. 13 г%, л.—12500, п.—10, с.—71%, м.—5%, РОЭ—8 мм протромбиновый индекс—104%; ЭКГ картина—острый трансмуральный и. м. передне-боковой перегородочно-верхушечной области. После комплексной терапии наступило улучшение, на 47-й день больной был

выписан. Дан совет о режиме труда, отдыха и прекращении курения табака. Спустя три месяца М. А. приступил к работе. Однако больной не соблюдал режима отдыха и труда, часто переутомлялся, курил. У больного 3/IX 75 г. на работе во время физического перенапряжения внезапно появилась боль в загрудинной области с иррадиацией в левое плечо и руку. Больной был повторно госпитализирован. Оказана срочная помощь. Тоны сердца приглушены, пульс 75 уд/мин., неправильного наполнения, А/Д—120/80 мм, в легких множество сухих хрипов. Кровь—л.—10.000, протромбиновый индекс—91%, холестерин—186 мг%, РОЭ—54 мм; ЭКГ картина: ритм синусовый, неправильный, прерываемый желудочковыми экстрасистолиями. Острое нарушение коронарного кровообращения на задней стенке левого желудочка. Несмотря на применяемое лечение и уход, состояние больного не улучшалось, и 13/X 75 г. он умер. Клинический диагноз—повторный острый и. м. задне-перегородочной области с распространением на передне-боковую поверхность, осложненный кардиогенным шоком и отеком легких, атеросклероз аорты и коронарных сосудов. Вскрытие подтвердило диагноз.

За время наблюдения в течение первых двух лет из общего числа больных умерло 8 чел., за последующие—3—5 лет—9, за 7—10 лет—3 чел. (из них 8 чел. имели аневризму сердца, блокаду левого пучка Гиса и 15 повторный и. м.).

Таким образом, из 121 больного, перенесших и. м., за 10 лет умерло 20 чел. За это время от других заболеваний умерло еще 5 чел. Анализ данных о смертности больных от и. м. по годам отмечают наибольшее число летальных случаев в течение первых двух лет. В последующие годы, вероятно, в результате активации коллатеральной сети венечных сосудов у больных создается компенсированное кровообращение. Это чаще наблюдалось у больных, которые по своему характеру были сравнительно спокойными, соблюдали правильный образ жизни и продолжали работу в облегченных условиях.

Целенаправленное изучение анамнеза больных и. м. дало возможность установить следующие причины этой болезни: 96 чел. из 121 больного в течение длительного времени имели частые психо-эмоциональные переживания, 104 чел. злоупотребляли курением, 8—алкоголем, у 22 была гипертония. У многих из них еще до и. м. временами отмечались ангинозные приступы. Весьма вероятно, что нервно-психическая травма и физическое перенапряжение, а у курящих и никотин на фоне коронарного атеросклероза способствовали частым спастическим сокращениям сосудов, нарушению кровотока в миокарде, а в определенном ее участке и появлению некроза ткани. Подобная картина наблюдалась также у 15 больных с повторным и. м.

За время диспансерного наблюдения за больными после и. м. и проводимой восстановительной терапии (витамины группы В, лечебная гимнастика, соблюдение нервно-психического покоя, режима труда, отдыха, прекращение курения, психологическое «воспитание» больных) из 74 больных первой группы наступило улучшение у 61 (из них 39 работали в облегченных условиях, 22—в домашнем хозяйстве); от повторного и. м. умерло 5 чел.; у 3 чел. наступила смерть от других причин. Из второй группы (47 чел., которые нередко нарушали режим труда, покоя и возобновили курение, иногда и прием алкоголя) работали

в облегченных условиях 11 чел., перешли на пенсию 19, умерли от повторного и. м. 15 и от других причин—2 чел.

Таким образом, наблюдения в течение ряда лет за двумя группами больных после перенесенного и. м. указывают на необходимость восстановительной терапии, которая имеет положительное влияние на сохранение и продление их трудовой деятельности. С этой целью необходимо систематическое наблюдение и лечение больных в послеинфарктном периоде, а также соблюдение ими охранительного режима.

Ереванский военный госпиталь

Поступила 27/VI 1976 г.

Վ. Ս. ՄԱԴՈՅԱՆ, Գ. Գ. ՏՆՈՍՍԱ, Բ. Ա. ԼԵՆՉԻԿ

ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏՈՎ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԵՏԱԳԱ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Կատարված են 121 սրտամկանի ինֆարկտով հիվանդների դիտարկումներ, որոնց նպատակն է պարզելու նրանց հետագա աշխատունակությունը։ Հիվանդները սրտամկանի սուր ինֆարկտից հետո ենթարկվել են վերականգնող բուժման։ Նրանց նշանակվել է որպես հակասկզբորոտիկ դեղանյութ В-խմբի վիտամիններ, բուժական մարզանք, աշխատանքի, հանգստի և սննդի ռեժիմ։ Բուժման համար կարևոր է նաև հիվանդների հետ ունեցած պարբերական զրույցները, որոնց նպատակն է եղել կարգավորելու հիվանդների ներվազոգեկան վիճակը։ Տարիների ընթացքում կատարված հետազոտությունները պարզել են, որ բուժման դրական արդյունքն ապահովելու համար է, այն հիվանդների մոտ, որոնք կատարել են աշխատանքի, հանգստի, սննդի և շարժողական ակտիվության ռեժիմը։ Այդ խմբի հիվանդներից շատերը շարունակել են աշխատանքը և մահացության թիվը նրանց մոտ զգալիորեն պակաս է։

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аничков Н. Н. Вестник АМН СССР, 1961, 11, стр. 29.
2. Автандилов Г. О. Динамика атеросклеротического процесса у человека. М., 1970.
3. Аронов Д. М. Коронарная недостаточность у молодых. М., 1975.
4. Вихерт А. М. В кн.: Инфаркт миокарда. М., 1971.
5. Грузина Е. А. В кн.: Лекарственная терапия в пожилом и старческом возрасте. Киев, 1968, стр. 56.
6. Дементиева Н. М. Скоропостижная смерть от атеросклероза. М., 1974.
7. Коробков А. В. В кн.: Физиологические проблемы детренированности. М., 1968, стр. 7.
8. Краснушкин Е. К. Клин. мед., 1948, т. 26, 8, стр. 8.
9. Летунов С. И., Мотылянская Р. И., Строгова Л. И. Теорет. и практ. физ-ра, 1967, 5, стр. 8.
10. Лукомский Е. Н. Клинические лекции по кардиологии. М., 1973.

11. Метелица В. И. Ишемическая болезнь сердца. М., 1975.
12. Мошковский М. Д. Терапевтический архив, 5, 1975, стр. 45.
13. Меерзон В. З. Общий механизм адаптации и профилактики. М., 1973.
14. Струков А. И. Вопросы морфологии и патогенеза инфаркта миокарда. М., 1959.
15. Северова Е. Я. Сов. мед., 1975, 8, стр. 7.
16. Стамболцян Р. П. О патогенетическом лечении коронарной недостаточности. Ереван, 1965.
17. Швацбаба И. К. Ишемическая болезнь сердца. М., 1975.
18. Калинина Н. В. Отдаленные исходы инфаркта миокарда. М., 1971.
19. Чазов Е. И. Терапевт. архив, 1975, 5, стр. 33.
20. Ясакова И. И. Инфаркт миокарда. Свердловск, 1957.
21. Richard D. W., Bland E. E., White P. D. J. chr. Dis, 1956, 4, 4, 415.
22. Haward C. W. Brit. med. j., 1966, 1, 5501.
23. Cole D. R., Singlan E. B., Katz Z. M. Circulation, 1954, 3, 321.