

Ստացված տվյալները թույլ են տալիս առաջարկելու էլեկտրաչերմաչափումը, որպես օժանդակ մեթոդ այդ պաթոլոգիաների տարբերակիչ փոփոխության համար:

V. H. HOVANESSIAN, R. H. SIMONIAN

THE MULTIPOINT ELECTROTHERMOMETRY IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF THE ABDOMINAL FORM OF PERIODIC DISEASE AND SOME ACUTE SURGICAL DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY

The comparative electrothermometric investigations have been carried out in patients with the abdominal form of periodic disease and some acute surgical diseases of the abdominal cavity. The results obtained allow to recommend the electrothermometry with the help of the modified multipoint electrothermometer TMM-100 as an additional method of differential diagnosis of these pathologies.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян А. А. Периодическая болезнь. Ереван, 1982.
2. Дейнеко Н. Ф., Жук М. А., Белоусов Ю. В. Термографический метод исследования в гастроэнтерологии. М., 1986.
3. Самофалов А. А. Вестн. хир., 1967, 10, с. 50.
4. Свитиц Ю. М., Вебер В. Р., Фаерман Я. И. Клин. хир., 1984, 4, с. 55.
5. Романенко Н. Я. Клин. хир., 1978, 3, с. 57.

УДК 616.127—005.8—08

Р. П. СТАМБОЛЦЯН, М. Ф. ДРАМПЯН, Ю. А. АЗАТЯН,
К. С. АСАТРЯН, М. А. ТАТЕВОСЯН

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Изучено состояние больного до развития инфаркта миокарда. Установлено влияние прогностического значения предшествующего состояния больного на тяжесть клинического течения и исход заболевания.

Известно, что клиническое течение инфаркта миокарда (ИМ) у различных больных протекает по-разному в зависимости от многочисленных факторов. Однако описание клинического течения недостаточно для полной характеристики ИМ. Необходима его количественная оценка на основании многофакторного анализа, поскольку она даст возможность не только прогнозировать течение болезни, но и оценить эффективность предпринятых терапевтических воздействий [1]. Следует отметить, что тяжесть клинического течения и исход болезни во многом зависят от состояния больного до перенесенного ИМ, в том числе и его индивидуальных качеств (пол, возраст, конституция и т. д.).

В настоящее время предложены многочисленные прогностические индексы, которые позволяют определить в баллах вероятность выживания по совокупности выявленных у больного при обследовании симпто-

мов и синдромов [2—6]. Однако в имеющихся прогностических системах недостаточно изучено состояние больного до перенесенного ИМ, не выяснена его роль в клиническом течении и исходах болезни.

С этой целью обследовалось 96 больных ИМ с локализацией некроза в передней стенке сердца. Все больные — мужчины в возрасте от 40 до 72 лет (средний возраст $55,29 \pm 3,1$ года). Нами разработана методика количественной оценки предшествующего состояния больного до ИМ, первых проявлений, клинического течения и исходов болезни. Для стандартизированного сбора, учета и обработки полученной информации применена карта обследования больного (табл. 1), включающая 12 признаков, характеризующих предшествующее состояние. Каждый признак оценен в три балла в зависимости от степени выраженности. Разряд признака указывает на его значение в определении предшествующего состояния больного.

Для целостной количественной характеристики предшествующего состояния больного мы предложили формулу:

$$\text{ППС} = A_1 + A_2 + A_3 + \dots + A_{18},$$

где ППС — показатель предшествующего состояния, A — каждый из признаков, оцененный в баллах.

$A_r = B \times r$, где B — степень выраженности данного признака в баллах ($1 \div 3$), r — разряд каждого признака ($1 \div 18$).

При составлении формулы мы руководствовались следующим принципом: чем большее значение имеет данный признак в предшествующем состоянии больного, тем выше его разряд, а следовательно, значение в количественной оценке ППС.

Нами также составлена карта количественного отображения признаков, характеризующих клинические проявления болезни в баллах для каждого больного (табл. 2). Определялись первые проявления ИМ по сумме баллов за 1-е сутки исследования, давалась оценка клинического течения болезни (ОКТ) по формуле:

$$\text{ОКТ} = \frac{\sum_{i=2}^n (a_i - a_{i-1})}{n - 1},$$

где Σ — сумма разностей, полученных в результате вычитания данных, характеризующих клинические проявления предыдущего дня из данных последующего дня в баллах; n — количество дней за данный период исследования. Кроме того, нами определялся исход ИМ в промежутке между 21 и 28-ым днями исследования.

Результаты количественной оценки, характеризующей предшествующее состояние больного, клиническое течение и исход ИМ, представлены в табл. 3.

По степени выраженности ППС обследованные больные были разделены на три группы, достоверно отличающиеся друг от друга ($P < 0,001$). Были выделены 3 группы также в зависимости от тяжести клинических проявлений болезни в первые сутки, ОКТ и исходов ИМ. Различия между группами высокодостоверны ($P < 0,001$). Анализ полученных данных показал, что в I группе преобладали лица с относительно более легкими (наименьшее количество баллов), а во

Карта, характеризующая предшествующее ИМ состояние больного

Признак	Характеристика	Баллы	Разряд	
Пол	Ж М	1 2	1	
Конституция человека	астеник нормостеник гиперстеник	1 2 3	2	
Профессия	физический труд умственный труд	1 2	3	
Курение	умеренно много	1 2	4	
Алкоголь	умеренно много	1 2	5	
Наследственность	гипертония инсульты инфаркты	1 2 3	6	
Возраст	20—40 41—60 61 и выше	1 2 3	7	
Очаговая инфекция	хронический тонзиллит дентальная инфекция	1 2	8	
Сахарный диабет	легкой степени средней тяжести тяжелый	1 2 3	9	
Гипертоническая болезнь	I стадия II стадия III стадия	1 2 3	10	
Перенесенный мелкоочаговый инфаркт	боковой	1 раз 2 раза 3 и более	1 2 3	11
	задней стенки	1 раз 2 раза 3 и более	1 2 3	12
	передней стенки	1 раз 2 раза 3 и более	1 2 3	13
	перегородки	1 раз 2 раза 3 и более	1 2 3	14
	боковой	1 раз 2 раза 3 и более	1 2 3	15
	задней стенки	1 раз 2 раза 3 и более	1 2 3	16
Перенесенный крупноочаговый инфаркт	передней стенки	1 раз 2 раза 3 и более	1 2 3	17
	перегородки	1 раз 2 раза 3 и более	1 2 3	18

Карта динамики клинических проявлений ИМ

Признак	Степень выраженности	Баллы
Приступ	слабый	10
	сильный	20
стенокардии	тяжелый	30
Болевой шок		40
Невралгические боли в области сердца	слабые	5
	сильные	10
Сердечная недостаточность	слабая	20
	сильная	30
	тяжелая	40
Кардиогенный шок		40
Тромбоэмболические осложнения и др. сосудист. осложнения	слабо выраженные	10
	выраженные	15
	резко выраженные	20
Пневмония		10
Нарушение деятельности кишечника		5
Нарушение мочеиспускания		5
Повышение температуры	до 38°C	5
	38°C и более	10
Нарушение ритма сердца	умеренная тахикардия	10
	выраженная тахикардия	15
	умеренная брадикардия	10
	выраженная брадикардия	15
	единичные экстрасистолы	10
	частые экстрасистолы	15
	предсердная тахикардия	15
	блокада н. п. Гисса	15
	неполная А—У блокада	20
	полная А—У блокада	30
	мерцание предсердий	30
	трепетание предсердий	30
	желудочковая тахикардия	30

Таблица 3

Количественная характеристика состояния больного до ИМ, первых проявлений, клинического течения и исходов ИМ по группам

Группы	ППС	Первые проявления	ОКТ	Исход
I	32,56±2,27	18,26±1,71	5,22±1,32	0
II	50,53±2,4	33,43±1,95	8,9 ±1,57	2,38±0,9
III	76,36±6,25	66,75±9,82	12,14±1,81	24,14±9,8

II — с наиболее тяжелыми первыми проявлениями болезни, клиническим течением и исходом.

Для определения влияния ППС на клиническое течение и исход ИМ нами проведено сопоставление, при этом выявлены их взаимосвязь

и взаимообусловленность (табл. 4). Анализ полученных данных показал, что в I группе ППС предопределяет исход и клиническое течение болезни у большинства больных. Однако не во всех случаях наблюдается соответствие между первыми проявлениями болезни и ППС. У большинства больных этой группы даже при тяжелых первых проявлениях исход благоприятный. У больных II группы в большинстве случаев исход ИМ благоприятный, поэтому ППС соответствует I либо II группе. Следовательно, в I и II группах не всегда имеется соответствие между тяжестью первых проявлений болезни и ее исходом.

Таблица 4

Соотношение между показателями, характеризующими предшествующее ИМ состояние больного и степенью выраженности первых проявлений, клинического течения и исхода ИМ по группам

ППС	Число больных	Первые проявления			Клиническое течение			И с х о д		
		I	II	III	I	II	III	I	II	III
I	36	26	9	1	29	7	—	33	3	—
II	34	10	21	3	6	20	8	12	14	8
III	26	—	6	20	—	6	20	—	6	20
Всего	96	36	36	24	35	33	28	45	23	28

В то же время у большинства больных III группы наблюдалось тяжелое течение болезни с неблагоприятным исходом, при этом отмечался параллелизм между первыми проявлениями болезни, клиническим течением, ее исходом, чего не было в I и II группах.

Таким образом, результаты количественного анализа показали, что I группе по ППС соответствовало легкое течение без каких-либо осложнений с благоприятным исходом; II — среднетяжелое течение, при этом наибольшее количество осложнений приходилось на первые трое суток наблюдения, исход опять-таки благоприятный; III группе — тяжелое течение с наибольшим количеством осложнений в течение всего пребывания больного в стационаре с неблагоприятным исходом. Следовательно, предшествующее ИМ состояние больного в целом влияет на тяжесть течения и исход болезни.

Кафедра внутренних болезней № 2
Ереванского медицинского
института

Поступила 10/III 1989 г.

Н. А. ՍՍՍԲՈՂՅԱՆ, Մ. Ֆ. ԴԴԱՄՖՅԱՆ, ՅՈՒ. Հ. ԱԶԱՏՅԱՆ,
Վ. Ս. ԱՍԱՏՐՅԱՆ, Մ. Ա. ԹԱԴԵՎՈՍՅԱՆ

ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԸՆԹԱՑՔԻ
ՔԱՆԱԿԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Ուսումնասիրվել է հիվանդի վիճակը կրած ինֆարկտից առաջ և առաջարկվել հիվանդի վիճակի մասին քանակապես բնութագրող բանաձև (նախորդ վիճակի ցուցանիշ)։ Հետազոտվել է նաև տվյալ հիվանդների սրտամկան-

նի ինֆարկտի ընթացքը և ելքը: Հիվանդության կլինիկական ընթացքի ծանոթությունը և ելքը շատ դեպքերում պայմանավորված է հիվանդությանը նախորդող բանակական ցուցանիշներով:

R. P. STAMBOLTSIAN, M. F. DRAMPIAN, Yu. A. AZATIAN, K. S. ASSATRIAN,
M. A. TATEVOSSIAN

THE QUANTITATIVE CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL COURSE OF MYOCARDIAL INFARCTION

The patient's condition before myocardial infarction development has been studied. The formule is suggested to characterize quantitatively the preceeding condition of the patient before the infarction. The index of preceeding condition (IPC) is determined.

The parallel, drawn between the IPC, the clinical course and outcome of the disease in the majority of patients shows, that severity of the clinical course and the outcome depends mainly on the patient's condition before the onset of myocardial infarction.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малая Л. Т., Гурарий В. И., Ходом Э. М. Тер. архив, 1984, 12, с. 7.
2. Старосельский Н. В., Боярер С. М. В кн.: Актуальные вопросы практической медицины, М., 1977, с. 47.
3. Madsen E. B. et al. Am. Heart J., 1984, 107, 1241.
4. Norris R. M., Brandt P. W. T., Caughay D. E. et al. Lancet, 1969, I, 271.
5. Shnur S. Ann. Intern. Med., 1953, 39, 1014.
6. Shnur S. Ann. Intern. Med., 1953, 39, 1018.

УДК 616—006.81.04

Р. И. ВАГНЕР, М. Х. АЙРАПЕТЯН, В. С. БАРСЕГЯН

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕЛАНОМОЙ КОЖИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ

Исследовано влияние локализации меланомы кожи на прогноз заболевания. Составлены отдаленные результаты лечения больных в зависимости от состояния регионарных лимфатических узлов.

Лечение злокачественных пигментных опухолей является одной из наиболее проблематичных задач современной медицины. Нередки случаи неблагоприятного исхода заболевания, побудившие прибегать к оценке факторов, определяющих течение опухолевого процесса. В настоящее исследование вошли клинико-морфологические данные обследования 614 больных с меланомой кожи, первично леченных в стационаре НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова за период 1953—1975 гг. Всем больным было выполнено хирургическое лечение, заключающееся в иссечении опухоли с отступлением от видимого ее края на расстоянии не менее 3 см. В блок удаленных тканей обязательно включалась фасция, покрывающая мышцу. Образовавшийся после иссечения дефект закрывался путем перемещения местных тканей или с помощью