

при коронарной болезни сердца.— «Тер. арх.», 1973, № 2, с. 40—58.— 16. Starr J.-Schneabel T. e. a. On the relation Between pulse pressure and cardiac stroke volume, leading to a clinical method of estimating cardiac output from blood pressure and age.— «Circulation», 1954, v. 9, p. 648—664.— 17. Tusob., Wolf R. Frühmobilisation nach Herzinfarkt.— «Münch. med. Wschr.», 1971, Bd 113, S. 1406—1410.

ON EARLY AND DELAYED PHYSICAL ACTIVIZATION OF PATIENTS WITH ACUTE LARGE-FOCAL MYOCARDIAL INFARCTION IN A CENTRAL DISTRICT HOSPITAL

O. F. Kuznetsov, T. G. Ganeev

Summary

The favourable effect of early physical activization and the unfavourable effect of delayed activization on the haemodynamics and complications were established in cases of acute large-focal myocardial infarction. The distinct informative capacity of the haemodynamic values determined by means of the commonly available and known physical methods was established. It is recommended to use widely the indices of pulse rate and pulse pressure as the simplest criteria for the beginning of physical activization and for the adequacy of physical exercises in the process of rehabilitation of hospitalized patients with large-focal myocardial infarction.

УДК 616.112-008.313-085.844

Б. И. Марфин, Т. П. Поздняков

ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Кафедра госпитальной хирургии Воронежского медицинского института

Поступила 20/XI 1974 г.

Оценке трудоспособности у больных с мерцательной аритмией до и после ее устранения электроимпульсной терапией в литературе посвящено немного работ [6, 7, 11]. Вместе с тем этот вопрос заслуживает большего внимания, так как лишь восстановление трудоспособности указывает на то, что пациент в значительной степени освободился от влияния на него болезненного фактора не только физически, но и морально.

Материал и методы

В клинике госпитальной хирургии электроимпульсная терапия мерцательной аритмии применяется с 1963 г. С января 1964 г. по декабрь 1973 г. она была проведена у 1224 больных, непосредственный положительный эффект получен в 92,7% случаев. Отдаленные результаты с наблюдением больше 2 лет удалось изучить у 934 пациентов, из них 257 больных перенесли митральную комиссуротомию (1-я группа), у 129 был сочетанный митральный порок с преобладанием стеноза, не подвергавшегося оперативной коррекции (2-я группа); у 194 — сочетанный митральный порок без преобладания одного из пороков (3-я группа), у 43 — сочетанный митральный порок с преобладанием недостаточности клапана (4-я группа), у 36 — митрально-аортальный порок (5-я группа), у 76 — комбинированный митральный порок с недостаточностью трехстворчатого клапана (6-я группа), у 32 — постмиокардитический (7-я группа) и у 167 — атеросклеротический кардиосклероз (8-я группа).

Социальная трудоспособность определена у 799 из 934 пациентов с известными результатами электроимпульсной терапии (32 больных умерли от различных причин; 70 больных, в основном с атеросклеротическим кардиосклерозом, были пенсионного возраста; 33 женщины не работали, находясь на иждивении родственников).

Результаты и их обсуждение

Положительные результаты (синусовый ритм сохранялся не менее 3 мес) наблюдались у 422 пациентов (45,1%). Эти результаты значительно варьировали в зависимости от основного заболевания [4]. Самыми высокими

они были у больных, перенесших митральную комиссуротомию (68,9%), и у больных постмиокардитическим кардиосклерозом (50%; см. таблицу).

У 202 больных сохранение синусового ритма больше 2 лет нам удалось достигнуть повторным проведением импульсных процедур.

Из 799 пациентов 208 (26,0%) работали до поступления в клинику. Из них 6 человек занимались трудом со значительным физическим напряжением (шоферы, слесари, колхозники), у остальных оно было умеренным или незначительным. Процент лиц, продолжавших работать, но у которых сохранялась мерцательная аритмия, значительно колебался в зависимости

Зависимость результатов электроимпульсной терапии и трудоспособности больных от основного заболевания

Показатель (в %)	Группа больных							
	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я	6-я	7-я	8-я
Положительные результаты электроимпульсной терапии	68,9	37,2	43,8	51,1	30,5	11,8	50,0	37,1
Трудоспособность:								
до восстановления синусового ритма	13,1	16,6	35,8	39,5	8,3	0	39,1	40,0
после восстановления синусового ритма	39,4	23,3	43,5	44,1	11,1	0	56,5	48,0
Степень повышения трудоспособности после восстановления ритма	26,3	6,7	7,7	4,6	2,8	0	17,4	8,0

от характера основного заболевания (см. таблицу). Самым высоким он был среди больных кардиосклерозом и митральным пороком без преобладания стеноза.

Характерным для всех работавших была небольшая давность мерцательной аритмии, в среднем $9,8 \pm 1$ мес. У больных, не работавших в связи с инвалидностью, давность мерцательной аритмии равнялась в среднем $29,6 \pm 0,9$ мес.

После восстановления синусового ритма трудоспособность больных повысилась до 40%. Характер основного заболевания и после восстановления синусового ритма оказывал значительное влияние на трудоспособность больных (см. таблицу). Самая высокая трудоспособность была у пациентов с постмиокардитическим и атеросклеротическим кардиосклерозом (56,5 и 48,0%). Из больных ревматическими пороками наиболее высокая трудоспособность была у пациентов с сочетанным митральным пороком без преобладания стеноза.

Большой интерес, на наш взгляд, представляет степень повышения трудоспособности после восстановления синусового ритма (см. таблицу). Она резко увеличена у больных, перенесших митральную комиссуротомию (26,3%), и у больных постмиокардитическим кардиосклерозом (17,4%), в остальных группах не превышает 8%.

Трудоспособность в значительной степени зависела от пола больных: после восстановления синусового ритма работало 25,5% женщин и 51,8% мужчин. Такое различие связано, по-видимому, с большой занятостью женщины в хозяйстве.

Заметно различалась степень участия пациентов в общественном труде в зависимости от места жительства. Половина пациентов, у которых получены положительные результаты электроимпульсного лечения, проживали в крупных городах, 62 (16,9%) — в городах районного значения, остальные — в селах. Из лиц, проживавших в городах, после восстановления ритма работали 45,8% пациентов, в городах районного значения — 38,7%,

в селах 32%. Мы полагаем, что такое различие объясняется особенностями ведения хозяйства.

К трудовой деятельности пациенты приступали в разные сроки после восстановления синусового ритма. Особенно длительными эти сроки (не меньше 8—10 мес) мы стремились выдержать у больных, перенесших митральную комиссуротомию. Они необходимы для лучшей адаптации организма. Быстрее всех (от нескольких недель до 3—4 мес) приступали к труду больные постмиокардитическим и атеросклеротическим кардиосклерозом. Отсутствие у них порока сердца способствовало скорейшему восстановлению трудоспособности. Из пороков сердца наиболее благоприятные условия, по нашим наблюдениям, были у больных сочетанным митральным пороком без преобладания одного из пороков.

Мы стремились также к тому, чтобы никто из наших пациентов не занимался трудом, связанным со значительным физическим напряжением, даже если он чувствовал себя способным к нему. Такие рекомендации мы давали, полагая, что чем больше энергетические затраты организма, тем быстрее наступает гипоксия сердечной мышцы и раньше возникают условия, способствующие рецидиву мерцательной аритмии.

Результаты наших наблюдений отличаются от полученных С. В. Меламедом и В. М. Павловым [5, 6]. По их данным, из 64 пациентов с миокардитическим кардиосклерозом работали 56 (87,5%), по нашим данным — 56,5%. Из 135 пациентов с разными ревматическими пороками, по сообщению этих авторов, не работали только 28,7%, согласно результатам наших исследований, — 60%. Это можно объяснить, по-видимому, различиями в контингенте больных, тяжести нарушений кровообращения. Надо полагать, что состояние изученных нами больных было более тяжелым.

В ы в о д ы

1. Восстановление синусового ритма под влиянием электроимпульсной терапии является эффективным мероприятием в реабилитации больных с мерцательной аритмией.

2. При рецидивах мерцательной аритмии необходимо в возможно ранние сроки повторять электроимпульсные процедуры. Это создает условия для длительного сохранения трудоспособности.

3. Для более длительного сохранения трудоспособности целесообразно рекомендовать пациентам труд, не связанный с большими физическими и эмоциональными нагрузками.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Вишневский А. А., Цукерман Б. М., Смеловский С. И. Устранение мерцательной аритмии методом электрической дефибрилляции предсердий.— «Клин. мед.», 1959, № 8, с. 26—30.— 2. Гурвич Н. Л. Фибрилляция и дефибрилляция сердца. М., 1957.— 3. Лукошевич А. И. Лечение некоторых нарушений сердечного ритма импульсным током. Дис. докт. Каунас, 1968.— 4. Марфин Б. И. Отдаленные результаты электроимпульсной терапии мерцательной аритмии.— «Кардиология», 1972, № 4, с. 96—98.— 5. Маят В. С. и др. Электроимпульсная терапия мерцательной аритмии у больных ревматическими пороками сердца.— Там же, 1969, № 8, с. 48—57.— Меламед С. Б., Павлов В. М. Трудоспособность больных после лечения электроимпульсным разрядом мерцательной аритмии при миокардитическом кардиосклерозе.— Там же, 1970, № 9, с. 87—90.— 6. Они же. Трудоспособность больных ревматическими пороками сердца после устранения мерцательной аритмии электроимпульсным разрядом.— «Тер. арх.», 1971, № 1, с. 44—47.— 7. Радужкевич В. П., Афанасьев Н. А., Поздняков Т. П., Электрическая дефибрилляция при мерцательной аритмии.— «Хирургия», 1966, № 4, с. 32—37.— 8. Радужкевич В. П. Результаты наблюдений за лечением больных с мерцательной аритмией электрической дефибрилляцией.— Там же, 1969, № 3, с. 10—17.— 9. Радужкевич В. П. О восстановлении трудоспособности у больных после митральной комиссуротомии.— В кн.: Отдаленные результаты хирургического лечения болезней сердца и сосудов. М., 1965, с. 132—136.— 10. Сыркин А. Л., Недоступ А. В., Маевская И. В. Электроимпульсное лечение аритмий сердца в клинике внутренних болезней. М., 1970.—

13. Цукерман Б. М. Электроимпульсная терапия нарушений ритма сердца. Дис. докт. М., 1971.— 14. Янушкевичус З. И. и др. Опыт лечения некоторых нарушений сердечного ритма импульсным током.— В кн.: Электрическая стимуляция и дефибрилляция сердца. Каунас, 1969, с. 43—48.— 15. L o w n B. Cardioversion of arrhythmias.— «Mod. Conc. cardiov. Dis.», 1964, v. 33, p. 863—868.— 16. I d e m. Electrical reversion of cardiac arrhythmias.— «Brit. Heart J.», 1967, v. 29, p. 469—489.— 17. M a t h i v a t A., C l e m e n t D., R o s e n t h e l D. Traitement de la fibrillation et de flotter auriculaire par les chocs électriques externes transthoraciques. A propos de 150 cas.— «Presse méd.», 1964, N 32, p. 1901—1904.— 18. O r a m S. The treatment of cardiac arrhythmias by direct — current shock.— «Proc. roy. Soc. Med.», 1967, v. 60, p. 371—376.— 19. P a - u l k E. W., H i r s t J. A. Clinical problems of cardioversion.— «Am. Heart J.», 1965, v. 70, p. 248—274.

ROLE OF COUNTERPULSATION THERAPY IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

B. I. Marfin, T. P. Pozdnyakov

S u m m a r y

Social rehabilitation was studied in 799 patients with atrial fibrillation. Before the sinus rhythm was restored 26% of the patients had been working. Among the working patients the history of atrial fibrillation was usually of a short duration (9.8 ± 1 months, on the average), and among the nonworking patients it comprised 28.9 ± 0.6 months. After the reestablishment of the sinus rhythm the percentage of rehabilitation grew to 40. It greatly depended on the nature of the underlying pathology, sex (among the working patients, 51.8% were men and 25.5% — women), place of habitation (capacity for work was restored in 45.8% of urban patients, and in 32.0% of rural patients). Upon the restoration of the sinus rhythm the capacity for work increased most markedly among the patients previously subjected to surgical correction of mitral stenosis (by 26.3%), and among those with post-myocarditis cardiosclerosis (by 17.4%). Repeated counterpulsation procedures in cases of atrial fibrillation recurrences provided for a lasting maintenance of the patients' capacity for work. To prolong the rehabilitation results it is rational to recommend such jobs for the patients that would not entail important physical and emotional stress.

УДК 616.127-005.8-07:[616.154+616-008.934.54]-074

Р. Г. Оганов, А. А. Александров, И. В. Виноградова, И. М. Корочкин

СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОРЕАКТИВНОГО ИНСУЛИНА, КАТЕХОЛАМИНОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ И НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Кафедра госпитальной терапии (зав.— доктор мед. наук В. А. Люсов) II Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова

Поступила 6/III 1975 г.

Несмотря на то что имеется много сообщений о гипергликемии и нарушении толерантности к углеводам при остром инфаркте миокарда [1, 8, 14, 15, 18], причины этого явления полностью не выяснены. Вследствие этого большой интерес представляет изучение активности некоторых гормонов, особенно инсулина и катехоламинов, участвующих в регуляции углеводного обмена.

В настоящее время имеется немного работ, посвященных изучению секреции инсулина у больных острым инфарктом миокарда [5, 6, 17]. Недостатками этих исследований является небольшое количество наблюдений, использование некоторыми авторами различных стимуляторов секреции инсулина, что затрудняет сравнение результатов, а главное отсутствие подробного анализа связи между изменениями секреции инсулина и клиническим состоянием больных. В литературе нет работ о взаимосвязи между уровнем катехоламинов в плазме крови и секрецией инсулина. Поэтому мы считали целесообразным изучить у больных острым инфарктом миокарда содержание в плазме крови катехоламинов, иммунореактивного инсулина, сахара в крови и сравнить полученные данные с клиническим течением заболевания.