

перекисного окисления липидов. В связи с этим одним из существенных факторов регуляции патофизиологических изменений является своевременная диагностика и комплексная интенсивная терапия, направленная на компенсацию гемодинамических функций и стабилизацию метаболизма.

Для оценки тяжести состояния беременных и родильниц с сочетанным гестозом, осложнениями беременности и родов важное значение имеют интеграция показателей жизненно важных функций и их выражение в баллах в ближайшем послеоперационном периоде. Использование системы АРАСНЕ II в варианте адаптированном к изучению состояния родильниц соответствует современным требованиям не только к диагностике нарушений, но и к определению тактики патогенетической интенсивной терапии и способствует своевременной ликвидации осложнений и сохранению жизни матери, оказавшейся в критическом состоянии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Балич Э.Я.* Осложнения и особенности анестезии при абдоминальном родоразрешении. // *Анестезиология и реаниматология*, 1993. № 1 — С. 51—55.
2. *Дуда И.В., Дуда В.И.* Клиническое акушерство. — Мн: Выш. Шк., 1997. — 604 с.

3. *Зильбер А.П., Шифман Е.М.* Акушерство глазами анестезиолога. Издательство Петрозаводского университета. Петрозаводск, 1997. — 397 с.

4. Интенсивная терапия: пер. с англ. доп. // Гл. ред. А.И. Мартынов — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. — ISBN 5-88816-025-3. The ICU book // Paul L. Marino // Philadelphia, Williams & Wilkins—ISBN 0-8121-1306-3.

5. *Кулаков В.И., Прошина И.В.* Экстренное родоразрешение. Издательство НГМА, 1996. — 276 с.

6. Lectures presented at the 7-th All-Russia of anaesthesiologists and reanimatologists. — Peterburg, Russia, 2000. — P. 95.

7. *Медвединский И.Д., Зислин Б.Д., Юрченко Л.Н.* // Концепция развития полиорганной недостаточности на модели гестоза // *Анестезиология и реаниматология* — 2000 — № 3 — С. 48—52.

8. *Пура К.Р., Левинзон А.С.* Варианты коррекции гемодинамических нарушений при кесаревом сечении в условиях длительной эпидуральной анестезии // *Анестезиология и реаниматология* — 2003 — № 2 — С. 17—22.

9. *Герасимович Г.И.* Поздний гестоз беременных. // *Медицинские новости*. — 2000. — № 4. — С. 3 — 16.

10. *Елисеев О.М., Шехтман М.М.* Беременность. Диагностика и лечение болезней сердца, сосудов и почек. Ростов-н-Д.: Изд-во «Феникс», 1997. — 640 с.

УДК 616.281-008.55-08-036.8

## ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА

**В.Я. Латышева, В.П. Михновец**

**Гомельский государственный медицинский университет**

Болезнь Меньера относится к тяжелым пароксизмальным состояниям, которые приводят к значительным трудопотерям, нередко к потере профессии и ухудшению качества жизни. Установлено, что своевременная диагностика заболевания, комплексное консервативное и оперативное лечение с ранней интеграцией медицинской реабилитации в терапию болезни Меньера способствуют снижению трудопотерь, купированию приступов, социальной адаптации больных в семье, обществе и улучшению качества жизни.

**Ключевые слова:** болезнь Меньера, фармакотерапия, оперативное лечение, алгоритм купирования пароксизма, медицинская реабилитация, качество жизни.

## TREATMENT AND REHABILITATION OF MENIERE'S DISEASE PATIENTS

**V.Ya. Latysheva, V.P. Mihnovets**

Meniere's disease is related to heavy proximal states which lead to significant inability to work, loss of a profession and quality of life. It has been defined that prompt diagnostics of the disease, complex conservative and operative treatment with early integration of medical rehabilitation into Meniere's disease therapy promote reduction of inability to work, rapid relief of symptoms, social adaptation of patients in families and society, and improvement of quality of life.

**Key words:** Meniere's disease, pharmacotherapy, operative treatment, paroxysm reduction algorithm, medical rehabilitation, quality of life.

### **Введение**

Отсутствие единого мнения в вопросах этиологии и патогенеза болезни Меньера определяет все многообразие методов лечения этого заболевания, что указывает на то, что ни один из них не обладает выраженным и стойким эффектом [2, 9]. До настоящего времени не разработан и не внедрен в практическое здравоохранение такой метод лечения, который бы позволил сохранить или улучшить слух, замедлив при этом естественное течение заболевания, предотвратить прогрессирующее снижение слуха [4, 5, 6, 8, 11]. Углубленного изучения требует также стратегия долгосрочной терапии и реабилитации больных с этой патологией.

Терапия болезни Меньера включает консервативный и оперативный подходы [1, 3, 12, 14]. Существующие методы консервативного лечения можно разделить на:

- abortивные (купирование приступа);
- терапию в межприступном периоде (превентивная, долгосрочная);
- смешанную терапию.

Течение болезни Меньера — трудно прогнозируемое заболевание, имеет индивидуальный характер, поэтому терапия должна определяться этими особенностями. Необходимо строго учитывать стадию болезни, функциональное состояние внутреннего уха, особенности ликвородинамики, характерологические особенности личности.

Существующие многочисленные лекарственные средства и хирургические операции позволяют проводить в основном симптоматическое лечение. Предлагаемые те или иные методы лечения приводят не более чем к временной ремиссии. Трудности в разработке эффективного метода лечения заключаются в том, что при этом часто имеет место «эффект плацебо». Вместе с тем, болезнь, как правило, носит изменяющийся характер у одного и того же больного, периоды обострения сменяются спонтанной ремиссией различной длительности.

Точная топическая диагностика при болезни Меньера — залог относительно

успешного хирургического лечения, которое позволяет не только ликвидировать тяжелые, мучительные приступы головокружения, но в ряде случаев и стабилизировать слух, существенно не влияя на прогрессивное течение заболевания. Хирургические методы получили распространение лишь потому, что современные взгляды на этиологию и патогенез болезни Меньера предполагают относительно высокую эффективность оперативных вмешательств [7]. Согласно современным достижениям в области оториноларингологии, оперативное лечение включает 5 основных подходов:

- вмешательство на нервах барабанной полости;
- декомпрессивные операции на лабиринте;
- деструктивные операции на лабиринте, включая его лазеродеструкцию;
- деструктивные операции на преддверно-улитковом нерве;
- перерезка мышц барабанной полости.

Вместе с тем следует отметить, что методы хирургического лечения этой болезни носят преимущественно паллиативный характер. Частично прерывая цепь патологического процесса (например, дренирование эндолимфатического мешка), они не оказывают существенного влияния на патогенез заболевания. Однако, учитывая, что тяжесть течения болезни Меньера определяется в большей степени частотой, длительностью вестибулярных кризов и выраженностью вегетативных расстройств, смягчение их характера в результате операции приносит больному облегчение.

В настоящее время наиболее эффективными и безопасными в лечении болезни Меньера являются декомпрессивные операции на эндолимфатическом мешке, позволяющие не только сохранить, но и улучшить слух, правда, только в тех случаях, когда они выполняются на ранних стадиях заболевания. Однако оперативное лечение головокружения при болезни Меньера

является средством выбора и достаточно глубокого резерва, применяется в небольшом проценте случаев, когда симптомы настолько тяжелы, что являются практически непереносимыми, а эффект от других видов лечения отсутствует. После оперативного вмешательства больным показан курс реабилитационных мероприятий.

Из хирургических методов для терапии болезни Меньера в последние годы рекомендуется аппарат Meniett device, который, по данным литературы, требует минимального оперативного вмешательства, и пациент может выполнять процедуру самостоятельно. Принцип действия этого портативного электронного прибора состоит в создании перемежающегося давления и разрежения в полости среднего уха через тимпаностому. Процедура продолжительностью от 5 до 10 мин. состоит из циклов, во время которых в полости среднего уха создается пониженное давление. Проводятся 3 процедуры в день, продолжительность лечения определяется регрессом симптомов и составляет в среднем около недели. Повторный курс может быть возобновлен при возникновении первых симптомов болезни. Наблюдение врача требуется только для контроля за состоянием тимпаностомы. Эффективность лечения достигает приблизительно 92% и позволяет улучшить качество жизни пациентов с классической болезнью Меньера, уменьшить вероятность последующего оперативного вмешательства или применение фармакотерапии [12].

Частота встречаемости заболевания, тяжесть вегетативно-сосудистых пароксизмов, развитие заболевания у лиц молодого и среднего возраста, недостаточная эффективность лечения, значительные трудовые потери определили актуальность и социально-экономическую значимость проблемы.

**Целью** нашего исследования является обобщение опыта долгосрочного наблюдения за больными с болезнью Меньера, внедрение нового подхода к купированию меньеровского пароксизма и проведение медицинской реабилитации для улучшения качества жизни больных.

#### **Материал и методы**

Обследовано 79 больных с болезнью

Меньера, лечившихся или консультированных в Гомельской областной клинической больнице, из них 54 (68,4%) человека (чел.) были мужского, 25 (31,6%) — женского пола. Длительность заболевания варьировалась от 2 до 11 лет. Редкие вегетативно-сосудистые пароксизмы (1—2 раза в году) были у 18 (22,8%) больных, средней частоты — у 34 (43,0%), частые (ежемесячно и чаще) — у 27 (34,2%) обследованных. По тяжести меньеровские приступы распределялись следующим образом: тяжелые, длительные приступы с прогрессирующей потерей слуха на одно ухо установлены у 16 (20,3%) чел., с двусторонней гипакузией — у 7 (8,9%); средней тяжести — у 39 (49,4%) обследованных, у остальных отмечались легкие вегетативно-сосудистые пароксизмы с медленно прогрессирующей потерей слуха.

Наиболее тяжело у больных (29 чел. — 36,7%) протекали вегетативно-сосудистые пароксизмы, при этом приступы головокружения сочетались с тошнотой и рвотой. Приступы были настолько тяжелы и мучительны, что сопровождались психоэмоциональным стрессом, снижали трудоспособность и у 6 (7,6%) чел. привели к потере профессии.

#### **Результаты и обсуждение**

Больные с болезнью Меньера и, особенно, с впервые возникшим приступом системного головокружения, представляли собой человека с выраженной тревогой, иногда достигающей степени паники, что еще больше усугубляло тяжесть течения приступа.

Критерием стратегии лечения больных была частота, интенсивность приступов и их продолжительность: при редких (1 раз в 1—2 недели и реже) проводили abortивную терапию, при частых (1 раз в неделю и чаще) — превентивную. В отдельных случаях, особенно при частых приступах и их значительной тяжести (выраженные вегетативно-сенсорные расстройства), показана была смешанная (комплексная) терапия.

При наличии предвестников приступа (заложенность в ухе, усиление шума, изменение тональности шума) или других симптомов терапию начинали с момента

их появления. В этой ситуации своевременный прием медикаментов иногда предотвращал развитие приступа или значительно облегчал его течение.

Нами разработан и внедрен в практическое здравоохранение алгоритм купирования тяжелых приступов с аурой. Метод применялся в Гомельской областной клинической больнице на протяжении 5 лет и оказался достаточно эффективным при пароксизмальных

состояниях. Алгоритм купирования приступа включает следующую последовательность действий врача (рис.1).

Как следует из рисунка, только комплексное, последовательное назначение препаратов позволяло быстро купировать приступ, что отмечалось у большей части больных (до 72,1%), или значительно снизить его интенсивность.

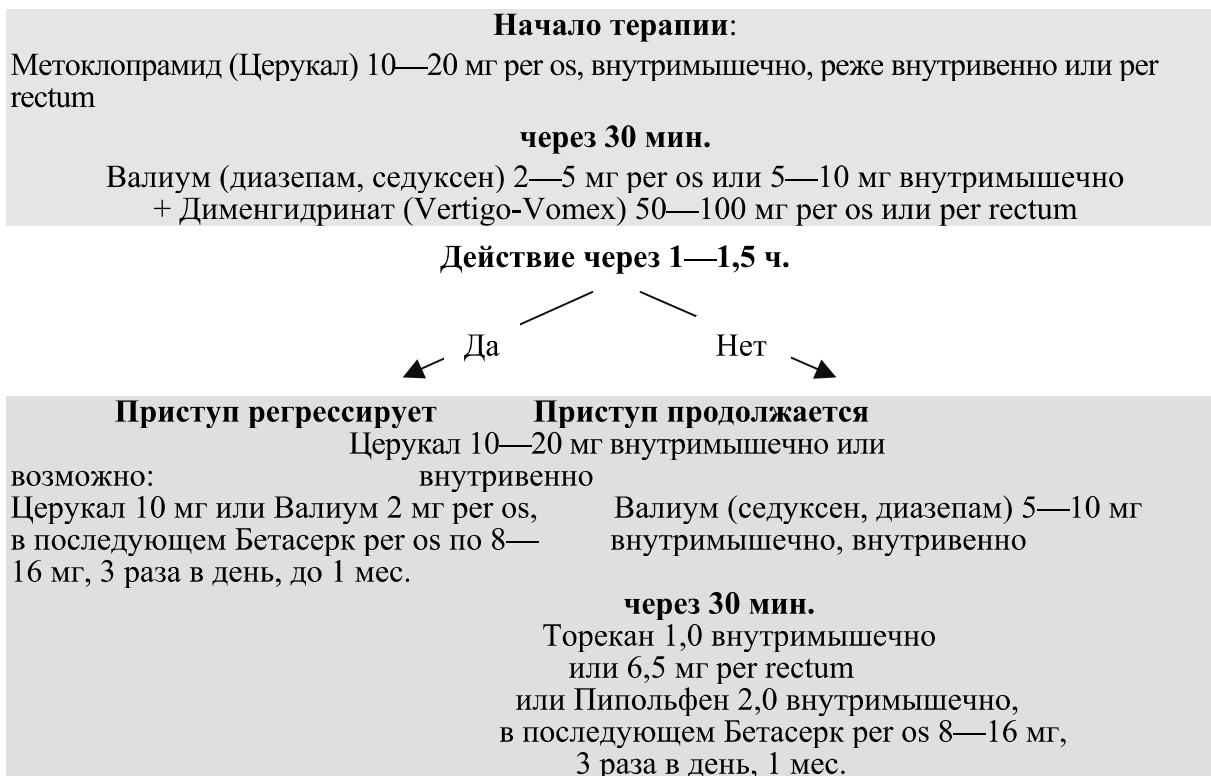


Рис. 1. Алгоритм купирования острого приступа болезни Меньера

Установлено, что купирование приступа по нашей схеме в большинстве случаев возможно самим пациентом. Рекомендуемые дозы препаратов приведены согласно Справочнику Видаль [15].

Иногда при тяжелых приступах требовалось применение осмодиуретиков: манитола в дозе 0,25—0,5 г/кг внутривенно капельно, через 4—6 ч. назначение 100—150 мл 5-процентного раствора бикарбоната натрия, внутривенно капельно или внутривенное введение дексаметазона в дозе 4—16 мг, 2—3 раза в течение суток. Подобное лечение целесообразно проводить стационарно, так как в среднем у 1/4 пациентов с болезнью Меньера приступ

длится более 6 ч. и его трудно купировать в домашних условиях.

Стационарного лечения требуют также больные с прогрессирующим двусторонним поражением или быстро прогрессирующим снижением слуха. Проведение стационарного обследования необходимо и больным с впервые возникшим приступом болезни Меньера с целью уточнения диагноза и выработки тактики дальнейшей терапии.

Больным с односторонним поражением вестибулярного анализатора назначали инновар (Innovar) (26 чел. — 32,9%), который использовали, если другие медикаменты были не эффективны. Он смягчал выраженность проявлений и купировал головокружение

у лиц с периферическими вестибулярными нарушениями. Препарат вызывает супрессию вестибулярного рефлекса и у некоторых больных может оказывать долговременное действие по сглаживанию вестибулярных симптомов, поэтому нередко используется в качестве долгосрочной терапии этих нарушений.

Фармакологически инновар представляет собой комбинацию наркотического анальгетика фентанила (Fentanyl) и нейролептика дроперидола (Droperidol). Эта комбинация достаточно длительное время используется для нейролептической анестезии. Если инновар применяется для купирования или лечения головокружения, то требуется достаточно точный дифференцированный подход к этой терапии. Во-первых, не проводится премедикация. Во-вторых, лекарство противопоказано лицам с высоким риском декомпенсации при соматических и неврологических заболеваниях (кардиоваскулярные, патология бронхолегочной системы, эпилепсия и артериальная гипертензия). В-третьих, в низких дозах эта комбинация оказывает типичное нейролептанальгезирующее действие, но максимальная доза 0,03 г/кг может применяться только под наблюдением специалиста по клинической фармакологии и анестезиолога.

При лечении болезни Меньера применяли также диуретики. Смысл их назначения заключается в том, что, усиливая диурез и уменьшая задержку жидкости, они снижают объем эндолимфы. Выявлен положительный эффект у некоторых больных (17 чел. — 21,5%) при кратковременном их применении, в то же время результаты длительного назначения свидетельствуют об отсутствии какого-либо влияния на течение заболевания.

Назначение антиэметиков (применялось у 32 больных — 40,5%) — производных фенотиазина (Prochlorperizine — Compazine, Thiethylperazine Torecan, Promethazine-Diprazinun, Pipolphen) основано в большей степени на их способности подавлять тошноту и рвоту, сопровождающую тяжелые приступы головокружения. Эффект при острых головокружениях связан, по-видимому, с общим седативным действием, что приводит к снижению способности вестибулярных ядер воспринимать импульсы, поступающие из лабиринта. Они не влияют на причину головокружения, а также не уменьшают шум в ушах и степень тугоухости в тех случаях, когда эти симптомы присутствуют.

Производные фенотиазина имеют достаточно большое число побочных эффектов, отрицательно сказывающихся на качестве жизни больных (пролечено 6 чел. — 7,6%). В первую очередь, это — седативное действие, которое вызывает угнетение психомоторных реакций, что нарушает нормальную жизненную активность пациентов, в частности, способность управлять автомобилем. Возможность возникновения экстрапирамидных расстройств является препятствием к их назначению у пожилых людей или длительному приему у лиц среднего возраста. Вышесказанное можно отнести и к циннаризину (Cinnarizinin, Stugeron), который назначался 12 (15,2%) больным.

В комплексное лечение головокружения в условиях стационара включали также гипербарическую оксигенацию (ГБО). Наш опыт применения ГБО для лечения болезни Меньера (у 27 больных — 34,2%) показал, что оптимальным курсом данного вида терапии являются 5—6 сеансов, продолжительностью от 30 до 40 мин., при давлении 1,5 ата, назначаемых ежедневно. При более длительном курсе или большей экспозиции некоторые больные отмечали ухудшение общего самочувствия (появление усталости, головной боли, нарушение сна).

Учитывая, что болезнь Меньера является пароксизмальным, длительно протекающим расстройством, для которого характерны психосоматические аспекты и личностные особенности больных, сходные в некоторой мере с мигренью, мы полагаем, что непременным условием успешной терапии является комплексный подход. Вместе со специалистом отоневрологом или отоларингологом активным участником терапевтического процесса должны стать психотерапевт и, что не менее важно, сам больной. Поэтому терапия и медицинская реабилитация этой болезни должна включать назначение бензодиазепинов, в последующем даже антидепрессантов, и, что не менее важно, предполагает необходимость психокоррекции для выработки положительной мотивации к труду.

С учетом нашего опыта и данных литературы, в принципе единственным достаточно эффективным препаратом для профилактического лечения болезни Меньера, то есть контроля головокружения, как показали наши наблюдения, является бетагистин (бетасерк) [1, 2, 5, 13]. Назначение его на ранней стадии болезни в дозе 48 мг в

сутки в 3 приема, длительностью не менее 3 недель с последующим продолжением приема в дозе 24 мг в сутки, от 1 до 4 мес. достоверно уменьшает частоту и выраженность приступов головокружения (пролечено 37 чел. — 46,9%).

Терапевтический эффект (бетасерка, бетагистина) наступает в первые дни лечения, нарастает в течение 10 или более недель, причем эффект усиливается при увеличении дозы.

Важным этапом в предупреждении развития вегетативно-сосудистых пароксизмов при болезни Меньера является медицинская реабилитация.

На этапе медицинской реабилитации целью применения лекарственных препаратов для предупреждения рецидивирующего головокружения является ослабление выраженности симптомов, характерных для острого приступа, и профилактическое лечение в течение длительного времени, т.е. контроль головокружения.

Медицинская реабилитация должна способствовать быстрой адаптации и вестибулярной компенсации с учетом своевременного снижения дозы препаратов, подавляющих вестибулярную функцию и используемых для купирования приступов головокружения. В дальнейшем, с целью адаптации необходимо назначать физические упражнения, тренировку вестибулярного аппарата и др.

Реабилитационные мероприятия также включают: угнетение продукции эндолимфы — отказ от употребления кофе, крепкого чая, ограничение потребления соли и углеводов, а также профилактические меры, в частности, информирование больного, психологическое и социальное консультирование, рекомендации по питанию и возможное лечение с целью предупреждения повреждений чувствительного эпителия кохлеовестибулярного аппарата.

Мы полагаем, что курс реабилитационных мероприятий больным с болезнью Меньера имеет смысл проводить в тех случаях, когда присутствует хотя бы один из указанных признаков:

- возникает больше чем две или три лабиринтные атаки в месяц;
- продолжительность приступа длится более 4—6 ч;

- приступы болезни Меньера, которые пациент субъективно тяжело переносит;
- выраженные слуховые нарушения и шум в ухе;
- недостаточная эффективность препаратов для купирования приступа или возникновение побочного действия при их применении;
- нарушается трудоспособность вследствие приступов или значительно снижается качество жизни.

Медицинская реабилитация болезни Меньера в межприступный период принципиально мало чем отличается от лечения в стадии обострения, расширяется лишь круг немедикаментозных методов и лекарственных препаратов, хотя считается, что консервативное лечение эффективно только в ранние сроки заболевания [6, 7].

В дополнение к предложенным нами подходам к лечению и медицинской реабилитации болезни Меньера мы приводим модифицированную и несколько сокращенную схему Buser, которая расширяет возможности многомерной терапии вегетативно-сосудистых пароксизмов и психосоматических нарушений и, по нашему мнению, в достаточной мере может быть рекомендована при этой болезни в плане долгосрочной терапии, включая [10]:

- лекарственную терапию и диетотерапию;
- психотерапию;
- психофармакотерапию;
- физиотерапию и лечебную физкультуру;
- дыхательную гимнастику;
- терапию занятостью;
- реабилитационные меры;
- медико-социальные мероприятия, консультирование;
- применение антагонистов альдостерона и диуретиков;
- усиление реабсорбции эндолимфы: улучшение микроциркуляции в эндолимфатическом мешке назначением бетагистина дигидрохлорида;
- деструкцию чувствительного эпителия, ведущую к снижению регуляции — химическая или хирургическая лабиринтэктомия, декомпрессия эндолимфатического мешка и избирательная вестибулярная нейрэктомия.

#### **Заключение**

Таким образом, своевременная диагностика, активное лечение пароксизмального приступа головокружения,

ранняя интеграция медицинской реабилитации в лечение позволят снизить трудопотери и улучшить качество жизни больных с болезнью Меньера.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулкеримов Х.Т., Марков И.С., Усачев В.И. Эффективность бетасерка при вестибулярных нарушениях // «Журн. неврологии и психиатрии», — 2002, — № 6. — С. 50—52.
2. Кадымова М.И., Полякова Т.Е., Владимиров Т.Н. Применение бетасерка у больных с кохлеовестибулярными нарушениями // «Вест. оториноларингологии», —1998, — № 5. — С. 49—50.
3. Куц Б.В., Гофман В.Р. Проблема головокружения в оториноларингологии // «Новости оториноларингологии и логопатологии», — 2000, — № 2. — Т. 22. — С. 91—95.
4. Лавров А.Ю., Яхно Н.Н. Головокружение // РМЖ, — 2001, — №1. — Т. 9. — С. 224.
5. Лавров А.Ю. Применение бетасерка в неврологической практике // Ibid. — 2001. — Т. 6., — № 2. — С. 35—38.
6. Пальчун В.Т., Патина Н.А. Отдаленные результаты лечения болезни Меньера // «Вест. Оториноларингологии», —2000, —№6. — С. 5—7.
7. Пальчун В.Т., Сагалович Б.М. Хирургическое лечение болезни Меньера и его патофизиологическое обоснование // «Вест. Оториноларингологии», — 2001, — № 3. — С. 5—7.
8. Полухина А.Н. Болезнь Меньера / Актовая речь. РоГМИ. — 1994. — С. 2—10.
9. Сагалович Б.М. Болезнь Меньера. — М., Мед. инф. агенство, — 1999. — 525 с.
10. Любан-Плюща Б., Пёльдингер В., Крёгер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общемедицинской практике.: Пер. с нем. — СПб., Из-е СПб НИ психоневрологического и-та им. В.М. Бехтерева. 3-е изд., — 2000. — 287 с.
11. Brandt T. Vertigo. Neurologic disorders. Course and treatment. Eds. Brandt T., Caplani L.P., Dichgans J. et al. — San Diego. — 1996. — P. 117—134.
12. Gates G.A., Green J.D. Jr. Intermittent pressure therapy of intractable Meniere's disease using the Meniett device: a preliminary report // Laryngoscope. — 2002. Aug; 112. (8 Pt. 1). — P. 1489—1493.
13. Frayssse B., Bebear J.P., Dubreuil C. et al. Betahistine dihydrochloride versus flunarizine. A double-blind study on recurrent vertigo with or without cochlear syndrome typical of Meniere's disease // Acta Otolaryngol (Stockh). — 1991. — Suppl. 490. — P. 1—10.
14. Morrison A.W. Anticipation in Menieres disease // J. Laryngology and Otology. — 1995; 109 (6). — P. 499—502.
15. Vidal. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России // М.: Астра Фарм Сервис. — 2001. — 726 с.

УДК: 616.127-005.8:615.273.55

## ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ХАРАКТЕР ПОСТИНФАРКТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ФОРМИРОВАНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ БОЛЬНЫХ КРУПНООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.

Н.Е. Виноградова

Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

Целью исследования являлось изучения влияния эффективности тромболитической терапии на течение постинфарктного ремоделирования, формирование миокардиальной дисфункции и недостаточности кровообращения. 97 больным крупноочаговым инфарктом миокарда осуществлялось прекардиальное картирование, эхо- и доплер-эхокардиография в динамике. Выяснилось, что у пациентов с неэффективной тромболитической терапией постинфарктное ремоделирование сопровождается дилатацией, ухудшением состояния локальной сократимости и диастолической функции левого желудочка и приводит к формированию недостаточности кровообращения более высокого функционального класса.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, тромболитическая терапия, ремоделирование, недостаточность кровообращения.

## THE INFLUENCE OF THROMBOLYTIC THERAPY ON THE CHARACTER OF POST-INFARCTION CHANGES OF LEFT VENTRICLE AND FORMING OF BLOOD CIRCULATION DEFICIENCY IN PATIENTS WITH MACROFOCAL MYOCARDIAL INFARCTION

N.E. Vinogradova

The purpose of investigation was to estimate the influence of the effectiveness of thrombolytic therapy on the course of postinfarction remodelling and development of dyastolic dysfunction and heart failure. In 97 patients with q-wave myocardial infarction serial precordial mapping, echo- and doppler-echocardiography were