

Из осложнений инфаркта миокарда в молодом возрасте необходимо отметить прежде всего кардиогенный шок, который наблюдался в 13,3%. Чаще диагностировался рефлекторный шок (7 случаев) и реже (5) истинный кардиогенный, который явился непосредственной причиной смерти 4 больных.

У больных молодого возраста (12,2%) по сравнению с пожилыми (5,5%) чаще наблюдается формирование аневризм сердца.

Нарушения ритма и проводимости, выявленные в 53,5% случаев (42 больных), носили преходящий характер. В 4,4% (4 случая) наблюдалась первичная фибрилляция желудочков.

Приведенные наблюдения говорят о достаточной распространенности инфаркта миокарда в молодом возрасте (7,3%) и позволяют сделать следующие выводы:

1. Инфаркт миокарда у молодых характеризуется частым формированием аневризм сердца (12,2%), приводящим к декомпенсации и снижению трудоспособности.

2. Непосредственной причиной смерти у молодых больных инфарктом миокарда является истинный кардиогенный шок, борьба с которым остается еще не окончательно решенной проблемой.

3. Летальность для данной возрастной группы остается высокой—5,1%, поэтому необходима своевременная профилактика ишемической болезни сердца, а также ранняя диагностика инфаркта миокарда у лиц молодого возраста.

Украинский институт усовершенствования врачей,

25 клиническая больница, г. Харьков

Поступило 19/VIII 1977 г.

Օ. Ա. ԳՈՒԿՈՎԱ, Լ. Գ. ԼՈՒԿԻՆԱ, Լ. Ն. ՆԻԿԻՖՈՐՈՎԱ

ՄԻՍԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ ԸՆԹԱՑՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ԵՐԻՏԱՍԱՐԴ ՏԱՐԻՔՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ստացված տվյալները վկայում են սրտի իշեմիկ հիվանդության առաջնային պրոֆիլակտիկայի և սրտամկանի ինֆարկտի ախտորոշման անհրաժեշտության մասին, հատկապես երիտասարդ տարիքում:

O. A. GUKOVA, L. G. LUKINA, L. N. NIKIFOROVA

COURSE PECULIARITIES OF MYOCARDIAL INFARCTION IN
YOUNG AGE

S u m m a r y

The data testify to necessity of initial prophylaxis of ischemic heart disease and early diagnosis of myocardial infarction, particularly in young age.

УДК 616.127—005.8—082.8

Н. И. ЛУКЬЯНОВА, В. Р. МАКСИМЕНКО

АМБУЛАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Особое значение имеет в настоящее время реабилитация больных инфарктом миокарда.

Особый интерес представляет изучение реабилитации больных инфарктом миокарда после выписки из стационара и прохождения курса реабилитации в специализированных реабилитационных отделениях.

На протяжении 2 последних лет в клинике терапии II Украинского института усовершенствования врачей проводилась реабилитация в амбулаторных условиях больных инфарктом миокарда, находившихся ранее на лечении в инфарктном отделении этой же больницы. Под наблюдением находилось 62 человека (мужчин—53, женщины—4) в возрасте 50—59 лет. Характер течения инфаркта миокарда в основном имел первичный (51). Трансмуральных крупноочаговых было 28, крупноочаговых поверхностных—22. По локализации процесса преобладали передне-перегородочные-верхушечные (19) и задне-перегородочные (17, реже встречались другие.

В момент поступления в стационар у некоторых из больных были осложнения: приступы пароксизмальной тахикардии (16), коллапс рефлекторный (5) и кардиальный (3), отек легкого (4). Нарушения кровообращения I—II А степени были выявлены у 31 больного, II Б у 5. Из стационара больные выписаны на 31—45-й день заболевания. В момент выписки у некоторых сохранялась декомпенсация I степени (11), коронарная недостаточность I или II степени (21), нарушение ритма по типу экстрасистолы (10). Аневризма развилась у 11 больных. На ЭКГ у всех больных были нарушения деполяризации отрицательного зубца Т (41), блокады (6). В лабораторной картине иногда сохранялись повышенные показатели фибриногена 300—400 (15) и сдвиги в белковой формуле крови.

После выписки из стационара все больные осматривались специалистами реабилитационной комиссии, которая решала вопросы дальнейшего лечения этих больных.

После выписки больных из реабилитационного отделения (11) или профилактория (22) наблюдение и лечение проводилось амбулаторно под контролем реабилитационной комиссии, которая осматривала всех больных ежемесячно с предварительным обследованием.

В результате такого наблюдения можно было констатировать чаще всего (53) постепенное улучшение здоровья больных и результатов дополнительных показателей. К 3—5-му месяцу обычно исчезали признаки неустойчивой компенсации (18), иногда имевшей место ранее аритмии (9), улучшалось общее самочувствие. Большинство больных (49) к 8-му месяцу чувствовали себя вполне здоровыми. Наблюдались положительные сдвиги на электрокардиограмме (46).

Однако в группе больных (8 человек) полного благополучия в восстановлении всех показателей здоровья добиться не удалось, что и заставило перевести больных на инвалидность II—III группы.

Медикаментозное лечение, используемое при реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, подбиралось индивидуально.

При выходе на работу (на 3—4—6-й месяц), если возникала необходимость в трудоустройстве, то проводилось это по согласованию с реабилитационной комиссией и проведению более тщательного контроля за больным в ближайшие 1—3 месяца (еженедельные осмотры, проверка ЭКГ, ГЭК, а иногда и лабораторные исследования). В дальнейшем больные переходили под диспансерное наблюдение цехового ordinатора. Сроки реабилитации в амбулаторных условиях в основном укладывались в течение года (51).

Сравнивая полученные результаты с такой же группой больных (60) по возрасту, полу и характеру заболевания, но не получавших амбулаторной реабилитации можно было установить, что показатели у них имелись совершенно иные: были рецидивированные инфаркты (7), повторные (5), на инвалидность II группы было переведено 18 человек.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о большой роли амбулаторной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда и требуют широкого внедрения в практику здравоохранения.

Украинский институт усовершенствования врачей.

Поступило 10/VI 1977 г.

Ն. Ի. ԼՈՒԿՅԱՆՈՎԱ, Վ. Բ. ՄԱՔՍԻՄԵՆԿՈ

ԱՄԲՍՄԱԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԱՄՐՈՒԱՏՈՐ
ՌԵԱԲԻԼԻՏԱՑԻԱ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հետազոտությունների ավարտները ցույց են տալիս դրական ցուցանիշներ սրտամկանի ինֆարկտով հիվանդների մոտ 2 տարվա ընթացքում ստացիոնարից դուրս գրվելուց հետո:

N. I. LUKYANOVA, V. R. MAXIMENKO

AMBULATORY REHABILITATION OF PATIENTS WITH
MYOCARDIAL INFARCTION

S u m m a r y

The results of the investigation testify to favourable indices in patients with myocardial infarction during two years after discharge from hospital.

УДК 616.12—008.331.1

В. Б. БРИН, Б. Я. ЗОНИС, Б. А. СААКОВ

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ В ДИАГНОСТИКЕ
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФОРМ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ

Важным условием для назначения оптимальной терапии артериальных гипертензий является выявление гемодинамической формы гипертензии и ее связи с активацией симпато-адреналовой системы. С этой целью мы использовали фармакологическую блокаду адренорецепторов.

Исследования проведены у 68 больных в возрасте от 31 года до 63 лет, в том числе у 25 человек с гипертонической болезнью II А стадии (I группа), 23—с ангиографически подтвержденной вазоренальной гипертензией (II группа) и 20—с гипертензией на фоне воспалительных заболеваний почек (III группа). Контрольную группу составили 10 практически здоровых людей. Блокаду бета-адренорецепторов проводили обзиданом в дозе 40 мг. Препарат давался перорально утром после легкого завтрака. Блокаду альфа-адренорецепторов проводили отечественным препаратом пирроксаном обычно на следующий день. Препарат назначался перорально в дозе 30 мг. Перед приемом препаратов определялся уровень систолического, диастолического и среднего артериального давления и частота пульса. Повторные измерения проводились спустя 1 час после приема обзидана и 1,5—после приема пирроксана. У всех больных для уточнения гемодинамической формы гипертензии и анализа деятельности сердца проводились комплексные исследования кардио- и гемодинамики методами электрокардиографии, кинетокардиографии и реокардиографии. Весь полученный материал обработан статистически.

Проведенные исследования показали, что наиболее высокие цифры минутного объема, достоверно превышающие должные величины, отмечались у больных гипертонической болезнью, а наименьшие были величины сердечного выброса у лиц с вазоренальной гипертензией. Следовательно у больных I группы отмечалась гиперкинетическая, у больных II—гипокинетическая, и у больных III группы—эукинетическая циркуляторная форма гипертензии. Пероральный прием обзидана (обзидановая