

- кина Л. В., Лупанов В. П., Мазаев В. П. Кардиология, 1979, 8, 70—73. 4. Устинова Е. Е. Кардиология, 1983, 7, 90—92. 5. Ahlquist P. R. Am. Heart. J. 1977, 93, 117. 6. Alderman E. L., Collart J., Wettach G. E. et al. Ann. Intern. Med., 1974, 81, 625. 7. Boudoulas H., Snyder G. L., Lewis R. P. et al. Ann. Thorac. Surg., 1978, 26, 3, 222—227. 8. Diaz R., Sonberg J., Freeman R. Am. Heart. J., 1974, 88, 257. 9. Harrison D. C., Alderman E. L. Chest, 1976, 69, 1—7. 10. Kaplan J., Dunbar R. Anesth. Analg. Curr. Res., 1976, 55, 1—5. 11. Kirsh M. M., Behrendt D. M., Jackson A. P. et al. Ann. Thorac. Surg., 1978, 25, 2, 117—121. 12. Kropriva C. N. Engl. J. Med., 1974, 290, 1205. 13. Miller R., Olson H., Amsterdam E. et al. N. Engl. J. Med., 1975, 293, 416—419. 14. Mirgola H., Counsell J. Can. Med. Assoc. J., 1976, 114, 1123. 15. Nellen M. Lancet, 1973, 1, 558—564. 16. Romagnoli A., Keats A. S. Circulation, 1975, 52, 1123. 17. Tyers GFO., Hugles H. C. J. Surg. Res., 1975, 18, 181—187. 18. Viljoen J. F., Kellner G. A. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1972, 64, 826—831.

УДК 616.12—084—036.865

К. Г. АДАМЯН, Л. А. ДРНОЯН, А. А. ТУМАНЯН, Н. Н. ХУДАБАШЯН,
Р. В. ЗАХАРЯН

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПУТЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Органы здравоохранения и социального обеспечения совместно несут ответственность за предупреждение инвалидности и за медико-социальную реабилитацию больных. В течение последних лет НИИ кардиологии и специализированная кардиологическая ВТЭК проводят исследование с целью изучения тенденций заболеваемости, наиболее часто встречающихся факторов, способствующих наступлению тяжелой инвалидности, а также с целью разработки конкретных мер по ее профилактике.

Анализ данных заболеваемости за последние 5 лет (1979—1983 гг.) выявил определенную тенденцию роста по ИБС и гипертонической болезни. Одновременно отмечено заметное снижение первичной инвалидности в течение этих же лет, что можно объяснить организацией кардиологической службы в республике и успехами долечивания после продления сроков временной нетрудоспособности со стороны ВТЭК. Не исключено, однако, что рост заболеваемости и увеличение количества находящихся под диспансерным наблюдением больных может в обозримом будущем привести к увеличению первичной инвалидности, и необходимо использовать все возможные средства по ее предупреждению.

Обоснованное продление сроков временной нетрудоспособности является эффективным средством восстановления трудоспособности больных и профилактики первичной инвалидности. Обобщен опыт кардиологической ВТЭК в этом направлении, разработаны показания и противопоказания к продлению долечивания.

Среди больных ИБС с перенесенным инфарктом миокарда наилучшие результаты при продлении долечивания достигаются у больных с благоприятным течением заболевания при умеренной выраженности морфологических и функциональных изменений и существенном восстановлении физической активности после стационарного и поликлинического этапов реабилитации.

После долечивания восстановление трудоспособности чаще происходит у больных с положительной установкой на продолжение работы при исполнении интеллектуальных видов труда, а также у больных, у которых работа связана со значительным и умеренным нервно-психическим напряжением. При благоприятном течении заболевания сроки временной нетрудоспособности можно продлить рабочим высокой квалификации, которые могут вернуться к труду с ограничением (инвалидность III группы) либо без ограничения и использовать знания и навыки по своей профессии.

Малоперспективно продление лечения у больных с обширными рубцовыми изменениями, перенесенными различными осложнениями в острый период заболевания, с выраженной хронической коронарной недостаточностью, особенно, если эти больные—представители физического труда, водительских профессий, имеют отрицательную трудовую направленность.

По специально разработанной методике с ретроспективным анализом диспансерного лечения и трудоустройства до направления больных во ВТЭК обследовано 70 больных. Потеря трудоспособности больными с ИБС и перенесенным инфарктом миокарда в большинстве случаев обусловлена характером и течением внезапно возникшего заболевания, приведшего к значительным морфологическим и функциональным изменениям. У части больных наступлению тяжелой инвалидности способствовало нерациональное трудоустройство после перенесенного инфаркта миокарда.

У большинства больных с гипертонической болезнью обнаружены существенные дефекты диспансерного лечения и трудоустройства. Так, нередко отмечалось запаздывание первой госпитализации и уточнения диагноза, отсутствие плановых госпитализаций, несистематичность амбулаторного лечения, применение неадекватной гипотензивной терапии, нерациональное трудоустройство с продолжением противопоказанной работы. Все это способствовало наступлению тяжелой инвалидности.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости серьезных организационных мероприятий по устранению дефектов лечения и трудоустройства с целью профилактики первичной инвалидности при сердечно-сосудистых заболеваниях.

НИИ кардиологии МЗ Арм.ССР им. Л. А. Оганесяна,
Специализированная кардиологическая ВТЭК
МСО АрмССР

Поступила 15/V 1985 г.

Կ. Գ. ԱՂԱՄՅԱՆ, Լ. Ա. ԴՈՆՈՅԱՆ, Ա. Ա. ԹՈՒՄԱՆՅԱՆ, Ն. Ն. ԽՈՒՂԱԲԱՇՅԱՆ, Ռ. Վ. ԶԱԲԱՐՅԱՆ
ՍԻՐՏ-ԱՆՈՒԹԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ՀԻՎԱՆԴԱՑՈՒԹՅԱՆ ԵՎ
ԱՌԱՋՆԱԿԻ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆԵԱՐԳԵԼՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԻ
ՄԻ ՔԱՆԻ ԱՍՊԵԿՏՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հայտնաբերված է սրտի իշեմիկ հիվանդության և հիպերտոնիկ հիվանդության հիվանդացու-
թյան առի որոշակի հակում: Ուսումնասիրված են ծանր հաշմանդամության կանխարգելման
կարևոր գործոնները, բուժման երկարացման բժշկա-սոցիալական շափանիշները:

K. G. Adamian, L. A. Drnoyan, A. A. Tumanian, N. N. Khudabashian,
R. V. Zakharian

On Some Aspects of the Incidence and the Ways of Prophylaxis of the Initial Invalidism in Cardiovascular Diseases

S u m m a r y

The reasons of the greivous invalidism have been studied. The medical and
social criteria for the prolongation of the treatment are worked out as a significant
factor of the initial invalidism.

УДК 612.172:616.12—007.2

Н. Г. СЕРДЮК, Н. Ф. ГУСАКОВА, Л. Ф. ШЕРДУКАЛОВА

ПОСТЭКСТРАСИСТОЛИЧЕСКОЕ ПОТЕНЦИРОВАНИЕ И ФЕРМЕНТНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Постэкстрасистолическое потенцирование (ПЭСР)—увеличение си-
лы и скорости сокращения желудочков сердца в кардиоцикле, следую-
щем непосредственно за экстрасистодой,—является одним из фундамен-
тальных свойств миокарда. Независимость этого феномена от исход-
ной длины миокардиальных волокон и высокая чувствительность к ино-
тропным воздействиям на миокард, а также значительное его измене-
ние при гипер- и гипофункции сердца [3] указывают на то, что ПЭСР
отражает внутреннее состояние сократительных элементов миокарда.
Другим фундаментальным свойством миокарда является линейная
связь механической активности его и скорости поглощения кислорода
миокардиальными волокнами. Из этого свойства можно предположить,
что усиление и ускорение сокращения миокарда при ПЭСР связано не
только с динамикой Ca^{++} , но и с увеличением продукции и потребления
энергии. Исходя из этого, мы считали целесообразным провести ис-
следование ПЭСР у больных с различными пороками сердца в зависи-