

Н. М. БУРДУЛИ

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И ПРОГНОЗ
ИНФАРКТА МИОКАРДА

Нами изучено влияние гипертонической болезни в зависимости от пола и размера перенесенного инфаркта на продолжительность жизни больных в постинфарктном периоде. Под наблюдением находилось 405 больных, перенесших инфаркт миокарда и возрасте от 33 до 75 лет, из них 203 (50,4%) страдали гипертонической болезнью до возникновения инфаркта миокарда.

Наличие гипертонической болезни увеличивает общую летальность в постинфарктном периоде в 2 раза ($20,9 \pm 3,4\%$) по сравнению с летальностью больных с нормальным давлением ($10,3 \pm 2,8\%$; $P_t < 0,05$). В группе больных, перенесших мелкоочаговый инфаркт, наличие гипертонической болезни достоверно увеличивает летальность больных до $26 \pm 6\%$ по сравнению с летальностью в группе больных с нормальным артериальным давлением (достигшей лишь $3 \pm 3\%$ $P_t < 0,01$).

В группе больных с гипертонической болезнью без разделения по полу после перенесенного крупноочагового инфаркта сохраняется тенденция к большей летальности, чем у больных гипертонической болезнью— 11 ± 5 и $4 \pm 3\%$ соответственно. После трансмурального инфаркта летальность больных с гипертонической болезнью равнялась $21 \pm 6\%$, с нормальным артериальным давлением— $13 \pm 4\%$. После перенесенного повторного инфаркта летальность как у мужчин, так и у женщин с гипертонической болезнью существенно не отличалась от летальности больных с нормальным артериальным давлением.

Таблица 1

Распределение умерших после инфаркта в зависимости от наличия или отсутствия гипертонической болезни, величины инфаркта, пола больного

Величина инфаркта	Пол	С гипертонической болезнью		Без гипертонической болезни		P-
		абс. число с инфарктом	%	абс. число с инфарктом	%	
Мелкоочаговый	м	32	25 ± 8	26	0 ± 4	$< 0,01$
	ж	19	26 ± 10	6	17 ± 17	$> 0,1$
	Всего	51	26 ± 6	32	3 ± 3	$< 0,01$
Крупноочаговый	м	35	15 ± 6	43	2 ± 2	$< 0,05$
	ж	9	0 ± 9	12	8 ± 8	$> 0,1$
	Всего	44	11 ± 5	55	4 ± 3	$> 0,1$
Трансмуральный	м	40	25 ± 7	61	10 ± 4	$= 0,05$
	ж	12	8 ± 8	10	30 ± 15	$> 0,1$
	Всего	52	21 ± 6	71	13 ± 4	$> 0,1$
Повторный	м	42	26 ± 7	40	20 ± 6	$> 0,1$
	ж	14	14 ± 10	4	25 ± 25	$> 0,1$
	Всего	56	23 ± 6	44	20 ± 6	$> 0,1$
	Всего	203	$20,9 \pm 3,4$	202	$10,3 \pm 2,8$	$< 0,05$

Таким образом, гипертоническая болезнь является не только фактором риска ишемической болезни, но и оказывает отрицательное влияние на прогноз для жизни у больных, перенесших инфаркт миокарда, независимо от его величины. Наиболее достоверное влияние гипертонической болезни на летальность в постинфарктном периоде отмечается у мужчин.

Украинский институт усовершенствования врачей

г. Харьков

Поступила 11/VI 1986 г.

ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ
ԿԱՆԽԱԳՈՒՇԱԿՈՒՄԸ

Ա Մ Փ Ռ Փ Ն Մ

Հայտնաբերված է, որ հիպերտոնիկ հիվանդության տղամարդկանց մահացությունը գերազանցում է առանց հիպերտոնիկ հիվանդության տղամարդկանց մահացությանը 4 անգամ:

N. M. Burduli

Hypertensive Disease and Prognosis of Myocardial Infarction

S u m m a r y

It is revealed that the letality of men with hypertensive disease exceeds that of the men without hypertensive disease for four times.

УДК 616.127—005.8—036.11—085.22

Б. А. ДЕНИСЕНКО, Г. А. ГОЛЬДБЕРГ, А. К. ВАХРУШЕВ

ПРИМЕНЕНИЕ СТРОФАНТИНА И КОМБИНАЦИИ ЕГО
С ОРНИДОМ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Задачей нашего исследования явилось изучение строфантина и его совместного использования с орнидом для лечения сердечной недостаточности у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Под наблюдением находилось 146 больных крупноочаговым и трансмуральным ОИМ. Из них 25 больных (I группа) получили 0,25 мг строфантина с глюкозо-инсулин-калиевой смесью (ГИНК). 17 больным (II группа) капельно вливали 100—150 мг орнида, разведенного на изотоническом растворе хлорида натрия, 12 больным (III группа) строфантин вводился через 40—60 мин после орнида, когда заканчивалась гиперкатехоламинемическая фаза действия последнего (препараты вводились в тех же дозах). Из 92 больных методом рандомизации создана IV группа, у них изучали эффективность 7—8 дневного курса лечения строфантином вместе с ГИНК (подгруппа А) в сопоставлении с изолированным введением ГИНК (подгруппа Б).

Лечение проводилось под контролем конечного диастолического давления в легочной артерии (КДДЛА), измеренного с помощью катетера Свана-Ганца; ударного объема, который определялся методом тетраполярной реоплетизмографии, вычислялись сердечный индекс (СИ) и общее периферическое сопротивление (ОПС).

В I группе, по средним данным, не получено убедительных изменений КДДЛА, СИ и ОПС. У 6 больных с повторным ОИМ, повышением КДДЛА до 28—44 мм рт. ст., а также при мерцании предсердий выявлено благоприятное влияние строфантина. У 4 пациентов усилилась одышка, выросла тахикардия, повысилось КДДЛА и снизился СИ. У 6—появилась экстрасистолия, у 2—мерцание желудочков (реанимационные мероприятия оказались успешными), в одном случае—А-В блокада I-й степени. Во II группе в первые 20—30 мин, как правило, происходило повышение артериального давления и учащение ритма сердца, затем давление устанавливалось ниже исходного уровня (у 2 больных развился коллапс) и ритм возвращался к прежнему. Орнид снижал ОПС (с 3642 ± 418 до 2351 ± 190 дин.с.см⁻⁵; $P < 0,05$), повышал СИ (с $3,4 \pm 0,18$ до $4,0 \pm 0,20$ д/мин/м²; $P < 0,05$), не меняя КДДЛА. У 6 пациентов ликвидирована желудочковая экстрасистолия, у 2—при использовании за сутки. 600—1200 мг орнида удалось прекратить рецидивы мерцания желудочков.