

616.12-008.331.1-

ISSN 0367-3855

Г50

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

# Гипертоническая болезнь, атеросклероз и коронарная недостаточность

Республиканский  
межведомственный сборник

Издается с 1966 года

ВЫПУСК 19

2

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ  
ЭКЗЕМПЛЯР

Запорозький  
медіцинський  
БІБЛІОТЕКА

КИЕВ «ЗДОРОВ'Я» 1987

УДК 616.12—008.331.1 : 616.13—004.6 : 616.12—008.46

В сборнике научных статей представлены результаты исследований по актуальным проблемам кардиологии. Рассматриваются патогенез, клиника, лечение гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда. Освещены вопросы профилактической кардиологии.

Для научных работников, практических врачей — терапевтов, кардиологов.

Редакционная коллегия при Киевском НИИ кардиологии им. акад. Н. Д. Стражеско: *В. А. Бобров, В. В. Братусь, Е. М. Вовченко* (зам. отв. редактора), *И. М. Ганджа, Н. А. Гватуа, А. И. Грицюк, Ю. И. Децик, Н. С. Заноздра, Л. Т. Малая* (зам. отв. редактора), *Е. Л. Ревуцкий, И. И. Сахарчук, И. К. Следзевская, И. П. Смирнова, Н. П. Строганова* (отв. секретарь), *Р. А. Фролькис, Н. К. Фуркало* (отв. редактор), *Б. М. Щепотин*.

Адрес редколлегии: 252151, г. Киев-151, ул. Народного ополчения, 5, Киевский НИИ кардиологии; тел.: 277-87-22.

Рецензент проф. Ф. Е. ОСТАПЮК.

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

**Гипертоническая болезнь, атеросклероз  
и коронарная недостаточность**

Республиканский межведомственный сборник

Издается с 1966 года

Выпуск 19

Заведующая редакцией В. В. Пригожая. Редактор Т. И. Борисова. Художественный редактор И. Н. Скловская. Технический редактор Е. Г. Вольвах. Корректоры Н. К. Сопиженко, Т. Я. Малацай, Н. К. Богдасарьян.

Информ. бланк № 3459

Сдано в набор 04.02.87. Подп. к печ. 17.07.87. БФ 29146. Формат 60×84/16. Бумага тип. № 2. Гарн. лит. Печ. выс. Усл. печ. л. 7,44. Усл. кр.-отт. 7,79. Уч.-изд. л. 9,27. Тираж 1000 экз. Зак. 701. Цена 1 р. 40 к.

Издательство «Здоров'я», 252601, г. Киев-1, ГСП, ул. Чкалова, 65.  
тел.: 216-89-08.

4-я военная типография.

Г  $\frac{4112010000-143}{M209(04)-87}$  138.87

© Издательство «Здоров'я», 1987

1. Жуковский Г. С. Ишемическая болезнь сердца и факторы риска у мужчин в трудоспособном возрасте (эпидемиологические исследования) : Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1982. — 31 с.

2. Crawford M. H. Noninvasive Assessment of Patients with Ischemic Heart Disease // Curr. Probl. Cardiol. — 1981. — V. 6, N 7. — P. 3—50.

3. Froelicher V. F., Maron D. Exercise Testing and Antiallergy Techniques to Screen for Coronary Heart Disease // Progr. Cardiovasc. Dis. — 1981. — V. 24, N 3. — P. 261—274.

4. Rose G. A., Blackburn H. Cardiovascular Survey Methods // World Health Organization. — Geneva, 1982. — P. 101—104.

Поступила в редколлегию 17.04.85.

УДК 616.127—005.4 : 616.12—008.331.1]—036.27

## Частота первичной выявляемости хронической ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии у работников трансформаторного производства

*В. Г. Селивоненко, В. Т. Овчаренко, В. Д. Сыволап, И. Ф. Кармазь, В. Н. Медведева, С. С. Боев, А. И. Морозов, А. Ф. Клубкова.*  
Запорожский институт усовершенствования врачей

Профилактика ишемической болезни сердца и борьба с артериальной гипертензией являются важнейшей задачей здравоохранения, от успешного решения которой зависит снижение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В последние годы в отечественной литературе было опубликовано довольно много работ, посвященных эпидемиологии ИБС и ее основным факторам риска [1, 2], и несколько меньше — вопросам многофакторной профилактики ИБС [3].

Подобные исследования важны для планирования мероприятий по первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель данной работы — изучение первичной выявляемости ИБС и артериальной гипертензии. Исследовали 3906 работающих в трансформаторном производстве в возрасте от 20 до 69 лет, мужчин — 1865 (47,75 %), женщин — 2041 (52,25 %).

Число исследованных составило 88 % среднесписочного состава работающих на этом предприятии. По характеру деятельности 76,69 % исследованных составили лица, занимающиеся физическим трудом в различных звеньях производства, и 23,31 % — умственным трудом.

Исследования выполняли по критериям ВОЗ, включая использование стандартного опросника Роузе, регистрацию ЭКГ в 12 общепринятых отведениях в покое с последующей кодировкой по Миннесотскому коду (МК), измерение АД, антропометрию.

В группу больных ИБС включали лиц с перенесенным инфарктом миокарда, если на ЭКГ обнаруживали рубцовые изменения миокарда с наличием зубцов Q или QS (категории МК 1—1, 1—2). Стенокардию напряжения определяли при помощи опросника

Роузе. К безболевым формам ИБС относили случаи, если на ЭКГ у исследуемых без клинических проявлений заболевания обнаруживали изменения категории МК 4—1, 2, 5—1, 2, полную блокаду левой ножки предсердно-желудочкового пучка (МК 7—1), мерцательную аритмию (МК 8—3).

Артериальную гипертензию диагностировали при систолическом АД более 21,3 кПа (160 мм рт. ст.) и диастолическом — более 12,7 кПа (95 мм рт. ст.), пограничную гипертензию — при АД систолическом более 18,7 кПа (140 мм рт. ст.) и диастолическом — более 12,0 кПа (90 мм рт. ст.).

Впервые выявили 68 (1,74 %) больных ИБС, с пограничной гипертензией — 45 (1,15 %) человек, с артериальной гипертензией — 33 (0,84 %) человека.

Инфаркт миокарда выявили у 0,03 %, стенокардию без «ишемических» изменений на ЭКГ — у 1,02 %, стенокардию с «ишемическим» кодом ЭКГ — у 0,43 %, безболевою форму ИБС — у 0,28 % исследованных.

Анализ показал, что число больных ИБС с впервые установленным диагнозом с возрастом увеличивается: у лиц 20—29 лет ИБС не зарегистрировали; у 3 (0,08 %) человек 30—39 лет выявили ИБС, у 27 (0,70 %) человек 40—49 лет и у 30 (0,77 %) человек 50—59 лет. В то же время в возрасте 60—69 лет выявили только 8 (0,2 %) больных ИБС.

При анализе заболеваемости по возрасту и полу ИБС выявили у 2 (0,11 %) мужчин 30—39 лет и у 1 (0,05 %) женщины, у 24 (1,29 %) мужчин и 3 (0,15 %) женщин 40—49 лет, у 25 (1,34 %) мужчин и 6 (0,29 %) женщин 50—59 лет, у 6 (0,32 %) мужчин и 2 (0,1 %) женщин 60—69 лет.

Артериальную гипертензию впервые выявили у 36 (0,92 %) человек, в том числе у 20 (0,98 %) женщин и 16 (0,86 %) мужчин. Пограничную гипертензию выявили у 45 (1,15 %) человек, в том числе у 18 (0,88 %) женщин и 27 (1,45 %) мужчин.

Таким образом, среди лиц, занятых в трансформаторном производстве, ИБС впервые выявили у 1,74 %, артериальную гипертензию — у 0,84 % и пограничную гипертензию — у 1,15 % исследованных.

Сравнительно низкая первичная выявляемость ИБС и артериальной гипертензии объясняется регулярным ежегодным проведением профилактических осмотров среди данного контингента рабочих, довольно высоким процентом среди работающих молодых лиц и женщин.

1. Жалолов Т. М. Изучение распространенности ИБС в связи с основными факторами риска по данным эпидемиологического исследования организованного населения // Терапевт. арх. — 1984. — № 8. — С. 56—59.

2. Метелица В. И., Мазур Н. А. Эпидемиология и профилактика ишемической болезни сердца. — М.: Медицина, 1976. — 176 с.

3. *Результаты 4-летнего наблюдения в амбулаторных условиях за группой больных ИБС (данные исследования по многофакторной профилактике ИБС) / Л. В. Чазова, М. Б. Балавадзе, В. В. Наумова и др. // Терапевт. арх. — 1984. — № 4. — С. 59—65.*

Поступила в редколлегия 15.04.85.

УДК 616.127—005.4—085

## **Эффективность каптоприла при лечении хронической недостаточности кровообращения**

*Ю. Г. Горб.* Харьковский филиал Киевского НИИ кардиологии

Хроническая недостаточность кровообращения формируется в сложном взаимодействии гемодинамических, нейрогуморальных и метаболических факторов, которые приводят к срыву компенсаторных механизмов, призванных обеспечивать адекватный сердечный выброс и поддерживать физиологический уровень перфузии органов и тканей.

Расстройства сократимости миокарда и нарушения центральной гемодинамики сопровождаются активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой, симпатико-адреналовой систем, а также антидиуретического гормона вазопрессина. Основным компонент ренин-ангиотензин-альдостероновой системы — ангиотензин II, представляющий собой мощный сосудосуживающий октапептид, вызывает артериоло- и венулоконстрикцию, стимулирует секрецию альдостерона корой надпочечников, что усугубляет гемодинамические изменения и нарушение водно-электролитного баланса.

Ангиотензин II образуется путем отщепления дипептида гистидиллейцина от физиологически неактивного ангиотензина I при участии ангиотензинконвертирующего фермента (кининазы). Следовательно, угнетение ангиотензинконвертирующего фермента (АКФ) может приводить к снижению уровня ангиотензина II, что ослабляет вазоконстрикторное влияние ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и улучшает состояние гемодинамики при недостаточности сердца.

Цель работы — изучение гемодинамических и нейрогуморальных механизмов действия ингибитора АКФ каптоприла у больных с тяжелыми, рефрактерными формами хронической недостаточности кровообращения.

Исследовали 120 больных с хронической недостаточностью кровообращения IIА и IIБ стадии по классификации Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко. В возрасте до 44 лет было 19 больных, от 45 до 59 лет — 64, 60 лет и старше — 37. Причиной декомпенсации у 115 больных была хроническая ИБС, у 5 — идиопатическая застойная кардиомиопатия.

В комплекс тщательного клинического исследования больных включили эхокардиографию, тетраполярную грудную реографию,

<i>Ильяш М. Г., Угаров Б. Н.</i> К оценке эффективности этапного восстановительного лечения больных, перенесших инфаркт миокарда . . . . .	71
<i>Ахмеджанов М. Ю., Следзевская И. К., Архангельский В. В.</i> Курортно-климатические факторы в этапной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда . . . . .	74
<i>Котко Д. Н., Ярошенко Ю. Т.</i> Физическая реабилитация при хронической ишемической болезни сердца и ее эффективность у больных пожилого возраста . . . . .	77
<i>Фуркало С. Н.</i> Инфаркт миокарда при поражении одной венечной артерии . . . . .	80
<i>Децик Ю. И., Грицай-Маланич Э. М.</i> Отношение цеховых терапевтов и работающего населения к проведению мероприятий по профилактике ишемической болезни сердца . . . . .	83
<i>Давыдова Л. И., Богрий А. М.</i> К профилактике безболевого формы ишемической болезни сердца . . . . .	87
<i>Селивоненко В. Г., Овчаренко В. Т., Сыволап В. Д., Кармазь И. Ф., Медведева В. Н., Боев С. С., Морозов А. И., Клубкова А. Ф.</i> Частота первичной выявляемости хронической ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии у работников трансформаторного производства . . . . .	91
<i>Горб Ю. Г.</i> Эффективность каптоприла при лечении хронической недостаточности кровообращения . . . . .	93
<i>Бобров В. А., Поливода С. Н., Фуштей И. М., Боброва В. И., Моргунов Н. В.</i> Системная артериальная гипертензия у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких . . . . .	96
<i>Сахарчук И. И., Денисенко Г. Т., Бордонос В. Г., Билькевич Л. Т., Сидоренко И. Д., Тарченко И. П., Французова С. Б., Скакальская Л. М., Дудка П. Ф., Бондаренко Ю. Н., Новикова В. Т.</i> Роль легочно-артериальной гипертензии в патологии хронического легочного сердца . . . . .	102
<i>Заноздра Н. С., Малышко Л. Н.</i> Кислородное обеспечение физической нагрузки у больных гипертонической болезнью при различных гемодинамических типах циркуляции . . . . .	107
<i>Дець Г. Д.</i> Эргономическая оценка кардиограмм . . . . .	112
<i>Ли Бон Гир, Фролов А. И., Соловцова К. М.</i> Влияние ритмилена на функциональное состояние проводящей системы сердца у больных с пароксизмальной формой мерцательной аритмии и синдромом слабости синусового узла . . . . .	114