КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.12—009.71—085.224.869.2

Р. М. ЗАСЛАВСКАЯ, Т. Г. ЛАПКЕС, В. Д. РОЗАНОВА, Н. Н. ЧЕЧЕВИЦА

ЛЕЧЕНИЕ НОНАХЛАЗИНОМ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

Клиническое изучение нонахлазина (дихлоргидрат 10¹—(β-(1,4-дiazобизцикло-4,3,0-нонаил-4)-пропионил-2¹-трихлорметилфенотиазин)) было проведено в 2 этапа, включающих испытание таблеточной и жидкой формы этого препарата. У 628 больных стенокардией в динамике изучали: параметры кровообращения, толерантность к физической нагрузке, данные фазовой структуры сердечного цикла с помощью метода поликардиографии (ПКГ). При лечении нонахлазином другие препараты, которые могли оказать влияние на болевой синдром, отменяли.

У всех больных стенокардия развилась на почве атеросклероза венечных артерий. Более половины больных страдали стенокардией напряжения, остальные—стенокардией покоя и эмоций.

В 1/3 случаев в анамнезе больных имело место указание на перенесенный в прошлом инфаркт миокарда. У 1/3 исследуемых стенокардия возникла на фоне гипертонической болезни в сочетании с атеросклерозом. Возраст больных, лечившихся нонахлазином, колебался от 30 до 79 лет.

Из наблюдений исключались лица, страдавшие сердечной недостаточностью. Лечение нонахлазином проводили в «слепом» и «двойном слепом» опыте с применением плацебо. В случаях, когда назначение плацебо было нежелательным, применяли в качестве эталона папаверин в дозе 0,1, 1—3 раза в день. У 611 больных нонахлазин применяли в форме таблеток по 30 мг 3—4 раза в день в течение 10—27 дней. Другая часть больных (17 человек) получали нонахлазин в жидкой форме по 1 чайной ложке 2—3 раза в день в течение 7—10 дней. В части случаев лечение нонахлазином начинали после безуспешного применения папаверина, коронтина, но-шпы и интенсина. Об эффективности судили по урежению и уменьшению интенсивности приступов стенокардии и необходимости в приеме нитроглицерина (вплоть до отказа от него) и по динамике данных ЭКГ, ПКГ, толерантности к физической нагрузке. Все наблюдавшиеся больные страдали частыми приступами стенокардии. Изменения ЭКГ, указывающие либо на диффузное, либо на очаговое поражение миокарда, устанавливались у 75% больных ИБС. У остальных 25% больных, у которых ЭКГ была нормальной или ее изменения были незначительными, проводилась проба Мастера с целью изучения толерантности к физической нагрузке. В половине наблюдений эта проба была положительной, что свидетельствовало о снижении толерантности к физической нагрузке у больных стенокардией при исходной неизменной ЭКГ. Количество таблеток нитроглицерина, принимаемых больными по поводу болей в области сердца, до лечения нонахлазином колебалось от 5 до 15 в день. Под влиянием терапии этим препаратом как в таблеточной, так и в жидкой формах приступы стенокардии на 3—5-е сутки становились более редкими и менее интенсивными. К концу курса лечения нонахлазином в таблетках на 10—25-й день частота приступов стенокардии уменьшалась в среднем с $5,28 \pm 0,8$ до $1,25 \pm 0,32$ в сутки. Курс лечения нонахлазином в жидкой форме был короче—7—10 дней. Количество приступов стенокардии в 1 сутки сократилось с $9 \pm 0,63$ до $2 \pm 0,24$. Прекратили прием нитроглицерина 62,5% больных. Этот эффект мы оценивали как отличный. Значительно уменьшили прием нитроглицерина 20% больных ИБС. В отдельных наблюдениях прием 1—2 чайных ложек нонах-

лазина вызывал прекращение болей в области сердца, тогда как нитроглицерин их не купировал. Анализ данных изучения фазовой структуры сердечного цикла с помощью метода поликардиографии в начале и конце курса лечения нонахлазином позволил выявить укорочение периода изгнания, времени механической и общей систолы, увеличение индекса напряжения миокарда. При этом число сердечных сокращений и внутрисистолический показатель существенно не изменились. Эти данные могут свидетельствовать о том, что повышение внутрижелудочкового давления и изгнание крови из левого желудочка совершаются за более короткое время. Последнее является косвенным показателем улучшения сократительной функции миокарда под влиянием лечения нонахлазином. Результаты клинического изучения влияния нонахлазина на сократительную функцию миокарда совпадают с экспериментальными и свидетельствуют об улучшении пропульсивной способности миокарда. Положительная динамика ЭКГ была отмечена у 30,5% больных стенокардией. Повышение толерантности к физической нагрузке под влиянием нонахлазина наступило у половины больных с исходной патологически сниженной толерантностью. Побочное действие нонахлазина проявилось в виде повышения артериального систолического давления на 15—20 мм рт. ст. в 25% случаев и появления тахикардии у 1% больных стенокардией. На показатели периферической крови, белкового, липидного обмена, диурез нонахлазина влияния не оказывал.

Городская б-ца скорой помощи № 53 и НИИ биолог.
испытаний химических соединений, г. Москва

Поступило 3/XI 1975 г.

Ռ. Մ. ԶԱՍԼԱՎՍԿԱՅԱ, Տ. Գ. ԼԱՊԿԵՍ, Վ. Դ. ՌՈԶԱՆՈՎԱ, Ն. Ն. ՉԱՉԵՎԻՏՅԱ

ՍՏԵՆՈԿԱՐԴԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴԵՆՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՆՈՆԱԽԼԱԶԻՆՈՎ

Ա մ փ ն փ ն լ մ

Կլինիկական հետազոտությունների տվյալները վկայում են, որ կրծքահեղձուկի հաճախակի նոպաները հիվանդների մոտ նոնախլազինով բուժումը տալիս է գերազանց և լավ էֆեկտ:

A. M. ZASLAVSKAYA, T. G. LAPKES, V. D. ROZANOVA, N. N. CHECHEVITSA

THE TREATMENT BY NONACHLAZINE IN PATIENTS WITH ANGINA PECTORIS

S u m m a r y

The data of clinical examination had testified about the excellent and good effect of nonachlazinal therapy in patients with frequent attacks of angina pectoris.

УДК 612.7:612.11—07

А. Н. ГОРЯЧЕВ, В. В. АГАДЖАНЯН

РЕООСТЕОГРАФИЯ

Изучение физиологии и патофизиологии костной ткани невозможно без учета особенностей сосудистой архитектоники и кровообращения в кости. Для исследования внутрикостного кровообращения, очевидно, необходима запись реограмм непосредственно с кости, в связи с чем целесообразно вводить реографические электроды непосредственно в кость. С этой целью в губчатую ткань дистального и проксимального