

В. А. ГЕФТЕР, Ю. Е. ЖДАНОВ, В. П. ВОЛГИН

НОВЫЕ ДАННЫЕ К МЕХАНИЗМУ ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСА
АНТИАНГИНАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Изучая особенности фармакодинамики антиангинального комплекса, включающего нитрат пролонгированного действия, ингибитор МАО, антигистаминный препарат (нитросорбид 5 мг, нуредол 12,5 мг, димедол 50 мг), мы выбирали при индивидуальном подходе к больным активный лекарственный комплекс. Представлялось важным уточнить характер разового влияния указанного комплекса медикаментов на функциональное состояние миокарда и некоторые стороны метаболизма при ишемической болезни сердца.

Было обследовано 132 больных в возрасте от 51 года до 70 лет (77 мужчин и 55 женщин) с различными формами ишемической болезни. По поводу стенокардии напряжения или покоя проходили стационарное лечение 58 больных; у 8 была зарегистрирована очаговая дистрофия миокарда: инфаркт миокарда или мелкоочаговые некрозы отмечались у 28 больных; у 38—недостаточность венозного кровообращения протекала на фоне гипертонической болезни, причем у 9 из них развились некротические изменения в мышце сердца. В качестве контрольной группы под наблюдением находилось 60 практически здоровых людей разных возрастных групп. Фазовую структуру сердечного сокращения исследовали кинетокардиографическим методом; показатели кислородного обмена и кислотно-щелочного состояния изучались способом микро-Аструп-а с электродом Кларка в модификации Зиггаард-Андерсена; в основу определения изоэнзимов ЛДГ в сыворотке крови была положена методика электрофореза в полиакриламидном геле и денситометрии на микрофотометре МФ-4 с логарифмической приставкой. Соответствующие наблюдения обычно проводились у больных утром, в стандартных условиях покоя, до приема еды и лекарств. Исследования осуществлялись в динамике—до и после разового применения антиангинального комплекса в интервале через 45—55 мин., так как наши специальные инструментальные регистрации при раздельном назначении составляющих комплекс медикаментов и данные литературы указывали на выраженный фармакокинетический эффект влияния этих средств через указанный интервал.

Проведенные наблюдения позволили прежде всего судить о закономерных сдвигах экономичной и адекватной работы сердца (чаще в группе больных с хронической коронарной недостаточностью) при разовом применении медикаментозного комплекса, чему соответствовали положительные изменения в изоэнзимном спектре ЛДГ в виде достоверного снижения уровня фракции ЛДГ₁ с $37,5 \pm 1,1$ до $33,4 \pm 0,7\%$ (норма $33,1 \pm 0,43\%$) и уменьшения коэффициента ЛДГ₁/ЛДГ₂ с $0,98 \pm 0,04$ до $0,81 \pm 0,02$ (норма $0,78 \pm 0,01$), что выявляет определенную взаимосвязь состояния метаболических процессов в миокарде с его функциональной способностью. Проводя дальнейшие исследования и имея в виду необходимость уточнить генез сдвигов в изоэнзимном спектре ЛДГ под влиянием медикаментов, мы принимали во внимание то обстоятельство, что развившиеся при недостаточности коронарного кровообращения патологические сдвиги метаболизма касаются, включая изменения ферментативных и окислительных процессов, различных его сторон и могут быть тесно связаны. Так, нарушения в изоэнзимном спектре ЛДГ отражают не только повреждение миокарда, но и глубокие метаболические изменения, возникающие в условиях кислородного голодания сердечной мышцы и имеющих сдвигов, в частности, в отношении рН и кислотно-щелочного состояния. Особый интерес представляет изучение кислородного обмена и кислотно-щелочного баланса, а также их показателей в динамике при разовом применении у больных медикаментозного комплекса (табл. 1). Специальный анализ подтвердил при ра-

зовом применении антиангинального комплекса достоверность возрастания в артериальной крови парциального давления кислорода и уровня оксигемоглобина. Показатели утилизации тканями кислорода и среднего капиллярного напряжения O_2 оставались без динамики. Был отмечен статистически закономерный сдвиг рН как в артериальной, так и в венозной крови; достоверно уменьшался дефицит оснований в артериальной и венозной крови, увеличивалось количество стандартных бикарбонатов.

Таблица 1

Некоторые показатели кислородного обмена и кислотно-щелочного состояния при ишемической болезни сердца и их динамика при разовом применении антиангинального комплекса ($M \pm m$)

рН	Артериальная кровь	до приема	$7,37 \pm 0,01$	$P < 0,01$
		после	$7,41 \pm 0,01$	
*N: $7,39 \pm 0,02$	Венозная кровь	до приема	$7,31 \pm 0,01$	$P < 0,05$
		после	$7,36 \pm 0,01$	
BE (мэкв/л)	Артериальная кровь	до приема	$0,68 \pm 0,9$	$P < 0,05$
		после	$1,57 \pm 0,5$	
-1,72 $\pm$ 0,9	Венозная кровь	до приема	$-2,9 \pm 0,8$	$P < 0,05$
		после	$-0,5 \pm 0,7$	
SB (мэкв/л)	Артериальная кровь	до приема	$23,6 \pm 0,7$	$P < 0,05$
		после	$25,3 \pm 0,4$	
22,3 $\pm$ 0,3	Венозная кровь	до приема	$21,6 \pm 0,6$	$P < 0,02$
		после	$23,7 \pm 0,5$	
pO ₂ (мм рт. ст.)	Артериальная кровь	до приема	$77,5 \pm 0,9$	$P < 0,02$
		после	$80,9 \pm 0,9$	
80,0 $\pm$ 1,1	Венозная кровь	до приема	$41,2 \pm 0,7$	$P > 0,1$
		после	$40,8 \pm 0,9$	
HbO ₂ (%)	Артериальная кровь	до приема	$94,9 \pm 0,3$	$P < 0,01$
		после	$96,1 \pm 0,1$	
96,0 $\pm$ 1,3	Венозная кровь	до приема	$71,4 \pm 1,4$	$P > 0,1$
		после	$72,7 \pm 1,6$	
СКН (мм рт. ст.)	до приема		$53,1 \pm 0,5$	$P > 0,1$
	после		$54,3 \pm 0,7$	
П/У (%)	до приема		$27,6 \pm 2,7$	$P > 0,1$
	после		$27,1 \pm 2,8$	

* Нормальные величины показателей для артериальной крови.

Таким образом, медикаментозный комплекс оказался активным в плане достоверного уменьшения артериальной гипоксемии, способствуя улучшению окислительных, а вместе с тем ферментативных процессов (судя по сдвигам в изоэнзимном спектре ЛДГ), и обуславливал тенденцию к улучшению кислотно-щелочного баланса, что связано, в частности, с благоприятным его влиянием на динамику систолического сокращения сердца и, возможно, на уровень гистамина крови. Подчеркнем в заключение, что при проведении комплексной дифференцированной терапии необходим разносторонний инструментальный и биохимический контроль для выработки активных сочетаний медикаментозных средств в плане воздействия на показатели кардиогемодинамики и метаболизма.

Горьковская клиническая больница № 5

Поступило 10/XII 1975 г.

Վ. Ա. ԳԵՅՏԵՐ, ՅԱ. Ե. ԺԴԱՆՈՎ, Վ. Պ. ՎՈՂԻՆ

ՑԱՎԱԶՐԿՈՂ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԽՄԲԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄԻ
ՆՈՐ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ ՄՐՏԻ ԻՇԵՄԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա. մ. փ. ո. փ. ո. մ

Ապացուցված է, որ կոմպլեքսային դիֆերենցիալ բուժման ժամանակ անհրաժեշտ է գործիքային և բիոքիմիական հսկողություն, որպեսզի ապահովվի տարբեր դեղորայքային միջոցների ակտիվ կոմբինացիա, որոնք կարող են ազդել սրտի մետաբոլիզմի և հեմոդինամիկայի վրա:

V. A. GEFTER, Y. E. ZDANOV, V. P. VOLGIN

THE NEW DATA IN THE MECHANISM OF INFLUENCE OF
ANTIANGINAL AGENTS DURING THE ISCHEMIC HEART
DISEASES

S u m m a r y

It was established that the comprehensive instrumental and biochemical control was necessary for the active complex of medicaments to influence on the indices of cardiohemodynamics and metabolism.

УДК 616.12—002.77—089

Л. Г. ТАТИНЯН

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАКРЫТОЙ МИТРАЛЬНОЙ
КОМИССУРОТОМИИ У БОЛЬНЫХ В КОНЕЧНЫХ СТАДИЯХ
ЗАБОЛЕВАНИЯ В АСПЕКТЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА

Клиническим критерием, определяющим степень нарушения гемодинамики и прогноз хирургического лечения у больных с сужением левого атриовентрикулярного отверстия, принято считать стадию заболевания. В Советском Союзе общепризнанная классификация А. Н. Бакулева и Е. А. Дамир (1955). Многолетний опыт показал, что не у всех больных дооперационная тяжесть заболевания, определяемая данной классификацией, эквивалентна результатам митральной комиссуротомии.

Мы подразделили всех больных по эффективности хирургической коррекции порока на 3 категории, используя классификацию, предложенную А. Л. Микаеляном (1964). В предыдущем исследовании нами констатировалась корреляционная обусловленность результатов комиссуротомии категориями эффективности без учета стадий заболевания. В настоящем исследовании изучались результаты митральной комиссуротомии у больных с IV и V стадиями заболевания.

В основу работы вошло 625 стационарных обследований, произведенных 125 больным до операции и в различные сроки отдаленного послеоперационного периода (женщин—75, мужчин—50). Средний возраст—33,2 года. Предоперационная подготовка длилась в среднем 26,1 день. Операция, в основном, выполнялась трансвентрикулярным методом. Попытки пальцевого расширения, предшествовавшие инструментальной комиссуротомии, увенчались успехом у 10 больных (имеется в виду адекватное расширение обеих комиссур), что составляло 8% от общего числа больных. Эффективная категория отмечена у 68 больных, малоэффективная у 31 и неэффективная у 26 больных. Отдаленные результаты операции изучались соответственно по категориям эффективности, в динамике, пользуясь обязательным правилом ежегодных стационарных обследований больных, активный вызов которых обеспечивался диспансером института, и оценивались по принятой в институте 5-балльной системе оценок, руководствуясь субъективным состоянием больных и данными клинического обследования, включая рентгенографию в 3 проекциях с контрастированием пищевода, рентгенокимографию и поликардиографию.

Динамика результатов операции отражена в таблице, где числа, значащиеся в числителях, и целые числа даны абсолютными величинами, а в знаменателях—процентными соотношениями. С точки зрения оценки результатов операции мы не находим существенной разницы между оценками—«без перемен» и «с ухудшением», поэтому в