

Полученные результаты позволили использовать мощность нагрузочной пробы в качестве объективного критерия при оценке степени хронической коронарной недостаточности.

### Выводы

1. Результаты велоэргометрической нагрузочной пробы являются важными критериями диагностики ИБС, особенно у лиц с нормальной ЭКГ покоя или с нехарактерными изменениями на ЭКГ покоя.
2. Корригированные ортогональные отведения по системе Мак-Фи и Парунгао имеют большую диагностическую ценность при исследовании больных ишемической болезнью сердца.

Центральный НИИ экспертизы  
трудоcпособности и организации труда инвалидов  
МСО РСФСР, г. Москва

Поступило 10/III 1976 г.

Օ. Ս. ԱՆԴՐԵՅՎԱ

ՎԵԼՈԵՐԳՈՄԵՏՐԻԿ ՑՈՒՑԱՆԻՇԻ ՎԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆՔ  
ՍՐՏԻ ԻՇԵՄԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԲ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ստացված տվյալները ցույց են տվել էլեկտրականորոգրամմայի օրթոգոնալ հատվածները արժեքավոր ինֆորմացիա սրտի իշեմիկ հիվանդության ախտորոշման ժամանակ:

O. S. ANDREEVA

### CLINICAL EVALUATION OF VELOERGOMETRIC TEST IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

#### S u m m a r y

The data have shown the great information value of corrigated orthogonal ECG leads in diagnosis of ischemic heart disease.

УДК 616.127—005.8+616.12—008.318

В. Г. ЛАЗАРЕНКО

### РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРОГНОСТИЧЕСКИ ОПАСНЫХ АРИТМИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ ПАНАНГИНА И БЕТА-АДРЕНОБЛОКИРУЮЩИХ СРЕДСТВ

Клиническое значение нарушений ритма сердца, особенно пароксизмальных тахикардий, при инфаркте миокарда общеизвестно. Наряду с этим, исследования, посвященные предупреждению аритмий, особенно в тех случаях, когда при поступлении больного в стационар наблюдается правильный ритм сердца, немногочисленны и противоречивы.

Мы ставили своей задачей исследование возможности ранней (первичной) профилактики прогностически опасных аритмий (пароксизмов суправентрикулярной и желудочковой тахикардии, мерцательной аритмии, выраженной желудочковой экстрасистолии и фибрилляции желудочков) в остром периоде инфаркта миокарда.

С этой целью 215 больных инфарктом миокарда (не осложненного аритмиями), гос-

питализированных в первые часы заболевания, были разделены на 4 группы. В I группе (49 больных) в течение 5 дней назначали панангин по 10—20 мл внутривенно ежедневно. Во II (77) дополнительно к панангину в день поступления вводили 50 мг ретаболила внутримышечно. Больные III группы (39 больных) в день поступления получали 5 мг обзидана внутривенно капельно, а затем тразикор или анаприлин (в суточной дозе 60—80 мг) в течение 4 дней. Контрольную группу составили 50 больных, не получавших антиаритмических средств.

Исследуемые группы были равноценны по тяжести течения инфаркта миокарда.

Состояние сердечного ритма контролировалось с помощью кардиомонитора фирмы Nihon Kohden (Япония).

Изучались в динамике содержание калия и натрия методом пламенной фотометрии, а также сократительная способность миокарда методом поликардиографии.

В контрольной группе в течение первой недели заболевания прогностически опасные аритмии развились у 23 из 50 больных (46%), а в превентуемом контингенте — лишь у 26 из 165 (17%).

При назначении бета-адреноблокирующих средств или панангина опасные нарушения ритма имели место у 20% больных каждой группы. Сочетание ретаболила с панангином усиливало превентивную способность последнего — прогностически опасные аритмии имели место только у 11 из 77 больных (15%).

В контроле трижды наблюдалась фибрилляция желудочков, чего не было при ранних профилактических мероприятиях.

На фоне применения панангина пароксизмы мерцательной аритмии и суправентрикулярной тахикардии появлялись в 2,5, а при назначении бета-адреноблокирующих средств — в 4 раза реже по сравнению с контрольной группой. Множественные политопные и групповые желудочковые экстрасистолы регистрировались среди получавших бета-адреноблокирующие средства или панангин изолированно примерно с такой же частотой, как и в контрольной группе (у 14—18% больных). Сочетание применения панангина и ретаболила позволило снизить число случаев этих аритмий в 3,5 раза. Желудочковая тахикардия в контрольной группе появилась у одного больного (2%), среди получавших бета-адреноблокаторы — у 2 (5%), а в группах, где применялся панангин, данный вид аритмии не имел места.

Применявшиеся в указанных дозах антиаритмические средства не имели значительных побочных эффектов и не приводили к ухудшению сократительной способности миокарда. На фоне сочетанного назначения панангина и ретаболила в конце превентивного курса имели место увеличение соотношения калия и натрия в эритроцитах и снижение концентрации калия в плазме; в остальных группах содержание калия и натрия в крови существенно не изменилось.

Таким образом, профилактику прогностически опасных аритмий следует начинать в возможно ранние сроки инфаркта миокарда. Бета-адреноблокирующие средства (обзидан, тразикор, анаприлин) способны обеспечить достаточный эффект лишь в отношении аритмий суправентрикулярного происхождения. Панангин, особенно в сочетании с ретаболилом, может способствовать предотвращению желудочковой тахикардии, а также желудочковой аллоритмии, множественной политопной и групповой желудочковой экстрасистолы. В несколько меньшей степени, по сравнению с бета-адреноблокирующими средствами, панангин предупреждает развитие пароксизмов суправентрикулярной тахикардии и мерцательной аритмии.

Ижевский медицинский институт

Поступило 21/IV 1976 г.

Վ. Գ. ԼԱԶԱՐԵՆԿՈ

ՊՐՈԳՆՈՍՏԻԿ ՎՏԱՆԳԱՎՈՐ ԱՌԻԹՄԻԱՆԵՐԻ ՎԱՂ ԿԱՆԵՈՒՄԸ  
ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ ԴԵՊՔՈՒՄ ՊԱՆԱՆԳԻՆԻ ՕԳԵՆՈՒԹՅԱՄԲ ԵՎ  
ԲԵՏԱ-ԱԴՐԵՆԱԲԼԱԿԻԱՏՆԵՐԻ ՄԻՋՈՑՈՎ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

*Հաստատված է, որ պանանգինը ռետաբոլի հետ ղուգահեցված նպաստում է պրոգնոստիկ վտանգավոր առիթմիաների կանխմանը սրտամկանի ինֆարկտի դեպքում:*

V. G. LAZARENKO

EARLY PREVENTION OF PROGNOSTICALLY DANGEROUS  
ARRHYTHMIAS IN MYOCARDIAL INFARCTION WITH THE USE OF  
PANANGIN AND BETA-ADRENOBLOCKING AGENTS

S u m m a r y

It is established that panangin combined with retabolil promotes prevention of prognostically dangerous arrhythmias in myocardial infarction.

УДК 616.11—003.215—06:618.8—008.1

B. A. НАХАПЕТОВ

## Կ ԿԼԻՆԻԿԵ Ի ՍԱՏՈԳԵՆԵԶՍ ՆԵՎՐՈԼՈԳԻԿԵՍԿԻՔԻՔԻ ՐԱՏՏՐՈՅԻՏՏՎ ՔՐԻ ՕՏՐՈՅԻ Ի ՔՐՈՆԻԿԵՍԿՈՅ ՏԱՄՓՈՆԱԸ ՏԵՐԸԱ

В связи с недостаточной разработкой вопроса о состоянии нервной системы при тампонаде сердца нами предпринята попытка изучения клиники и патогенеза неврологических расстройств в 46 случаях тампонады сердца различного происхождения (28 собственных наблюдений и 18 литературных описаний) у 42 мужчин и 4 женщин в возрасте от 40 до 79 лет. В результате анализа неврологических симптомов, в основе возникновения которых лежат различные механизмы в зависимости от темпа развития тампонады сердца, нами выделено 4 синдрома: церебральный, спинальный, психопатологический, висцеросензорный.

Изменения со стороны нервной системы при острой тампонаде сердца (32 случая разрыва миокарда при обширных трансмуральных инфарктах передней стенки левого желудочка сердца и 6 случаев разрыва расслаивающей аневризмы аорты с проникновением крови в полость перикарда) своим происхождением в значительной степени обязаны интенсивности афферентации с рецепторов перикарда и других рефлексогенных зон, приводящей к быстрой декомпенсации регуляторных механизмов мозгового ствола. Рефлекторный генез неврологических расстройств при острой тампонаде сердца подтверждается быстротой развития бессознательного состояния, кратковременным восстановлением сознания и некоторых ствольных функций под влиянием интенсивной терапии в ряде случаев и, наконец, наступлением смерти при значительно меньшем количестве жидкости в полости перикарда, чем в случаях с ее постепенным накоплением ( $P < 0,01$  при  $t = 4,6$  по Стьуденту). Патогистологические изменения нервной системы при острой тампонаде сердца также указывают на их преимущественно рефлекторно-