

В. И. МАСЛЮК, С. А. АББАКУМОВ, Т. А. ПОЛОСОВА

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ КАРДИАЛГИЙ  
У БОЛЬНЫХ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Лечение кардиалгического синдрома проводилось натриевой солью АТФ у 126 больных ревматическими пороками сердца со II А, II Б и III стадиями недостаточности кровообращения и у 43 больных функциональными кардиопатиями.

1% раствор натриевой соли АТФ назначался по 1 мл 2 раза в день внутримышечно. Продолжительность курса была 20—30—45 дней. У больных, получавших сердечные гликозиды, АТФ назначалась уже с начала периода насыщения гликозидами или же в период поддерживающих доз их.

У большинства больных терапия АТФ привела к исчезновению кардиалгий или к урежению и ослаблению интенсивности болевого синдрома. Лечение АТФ было успешным при наличии болевого синдрома I (сжимающие или давящего характера боли в области сердца, напоминающие стенокардию, но отличающиеся от классической грудной жабы отсутствием связи с физической нагрузкой и не всегда купирующиеся нитроглицерином), а также и II типа (длительные ноющего характера боли) у больных пороками сердца. Эффект терапии АТФ проявлялся довольно быстро, а именно, на 2—4-й день от начала лечения. Лечение АТФ было безуспешным при III типе болевого синдрома (резкие пронизывающие или жгучие боли в области сердца, сопровождающиеся выраженными вегетативными реакциями), для лечения которого применялся ганглерон, оказывающий также непостоянный эффект.

При сравнительной оценке лечения болевого синдрома I и II типа коронаролитиками, валерианой, валокордином и другими препаратами в контрольной группе выявлено значительное преимущество АТФ, при введении которой кардиалгии исчезли или уменьшились у 48 из 130 больных (36,9%), в то время как кардиалгии I и II типа исчезли или уменьшились у всех 88 больных (100%).

Каков механизм обезболивающего действия АТФ?

В основе механизма обезболивающего действия АТФ лежит, во-первых, сосудорасширяющий эффект.

Для выявления действия адениловых производных на сосуды малого круга кровообращения нами была произведена проба с однократным введением АТФ 12 больным с комбинированными митральными пороками сердца во II А и II Б стадиях недостаточности кровообращения, снимались денсограммы легких и ЭКИ легочной артерии до и через час после внутримышечного введения 2 мл АТФ. Проба с однократным введением АТФ показала уменьшение ЭКИ признаков застоя в малом круге кровообращения, что позволяет предполагать, что оно обусловлено расширением сосудов легких.

Во-вторых, АТФ, влияя на метаболизм миокарда, способна воздействовать на дистрофический процесс, в который вовлекаются и нервные образования сердца (при гиперфункции, переутомлении и дистрофии миокарда у больных пороками сердца).

В-третьих, положительное влияние АТФ на нервные окончания, вегетативные ганглии, центральную нервную систему должно сказаться и на процессах, лежащих в основе болевого сердечного восприятия.

Таким образом, АТФ может быть рекомендована для лечения болевого синдрома у больных пороками сердца, особенно митральными.

Վ. Ի. ՄԱՍԼՅՈՒԿ, Ս. Ա. ԱԲԲԱԿՈՒՄՈՎ, Տ. Ն. ՊՈԼՈՍՈՎԱ  
ՍՐՏԻ ԱՐԱՏՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ՍՐՏԱՑԱՎԵՐԻ  
ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հեղինակների կողմից առաջարկվում է ԱԱՅ թերղացիան՝ սրտի արատներով հիվանդների մոտ ցավային սինդրոմի և ֆունկցիոնալ կարդիոպատիայի բուժման համար:

MASLYUK V. I., ABBAKUMOV S. A., POLOSOVA T. N.

ON TREATMENT OF CARDIALGIA IN PATIENTS WITH HEART  
DISEASES

S u m m a r y

ATF therapy for the treatment of painful syndrome in patients with heart diseases and functional cardiopathy is recommended by authors.

УДК 611.1:616.711—007.55:616.711—007.825

В. Б. ОВСЯННИКОВ

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ  
НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ  
У БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ  
ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСНОВНОЙ КРИВИЗНЫ

Исследование кардио-васкулярной системы с применением функциональных проб и физических нагрузок у больных сколиозом точнее отражает состояние кровообращения и раскрывает большие возможности для выявления тех или иных его нарушений.

Учитывая это, в динамике комплексного консервативного лечения в специализированной школе-интернате одновременно обследовано 65 больных (в возрасте 8—15 лет), и 40 здоровых сверстников из обычного интерната. С грудным сколиозом было 42/64 (6%), грудопоясничным—23/35 (4%) школьника со II и III степенью тяжести заболевания. Обследование проводилось на механокардиографе по методике Н. Н. Савицкого (1963), утром, натощак, в состоянии относительного покоя и через 1 мин. после стандартной мышечной нагрузки (модификация степ-тест). Обязательным условием подбора групп больных являлось отсутствие сопутствующих заболеваний.

Первоначальные данные у больных сколиозом сравнивались с показателями у здоровых, а повторные исследования (через 1 год)—между идентичными группами больных до и после лечения.

Цифровой материал обработан методом вариационной статистики по И. А. Ойвину (1960) на ЭВМ «Минск-22». Достоверными принимались данные с ошибкой, равной или менее 5% ( $P \leq 0,05$ ).

Результаты первичного обследования в покое до лечения свидетельствуют о нарушении у больных сколиозом центрального и периферического кровообращения. Отмечено достоверное нарастание артериального давления, частоты пульса, сосудистого тонуса, особенно по артериям мышечного типа (в пределах 130—200% к должным,  $P < 0,001$ ), уменьшение ударного объема ( $P < 0,001$ ) и увеличение минутного объема