

стемы на внезапное повышение давления должен учитываться при индивидуальном и дифференцированном выборе врачебной тактики, направленной на быстрое купирование криза.

Институт клинической и экспериментальной кардиологии
им. М. Д. Цинамдзгвривили

Поступила 8/VIII 1982 г.

Վ. Գ. ԲԱՎԹԱՐԱԶԵ, Տ. Գ. ՎԱՏԱԶԵ, Ն. Լ. ԿԻԿՈԶԵ, Գ. Ն. ՉԻՄԱԿԱԶԵ, Լ. Գ. ԺԳԵՆՏԻ,
Ն. Շ. ԶԽԻՇՎԻԼԻ, Ռ. Ի. ԺԻԿՎԻԼԱԶԵ

ԿԱՐԴԻՈ ԵՎ ՀԵՄՈԴԻՆԱՄԻԿԱՅԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՐՅԱՆ ՀՆՇՄԱՆ
ԿՐԻԶԱՅԻՆ ԲԱՐՁՐԱՅՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հնչման կրիզային բարձրացման ժամանակ բարձրանում է ընդհանուր ծայրամասային դիսադրոդականությունը, այդ դեպքում սրտային հոսքի մեծությունը ենթարկվում է ոչ միատեսակ փոփոխության, նկատվել են հիպոէուկինետիկ և հիպերկինետիկ շրջանառության տիպով դեպքեր: Օբյեկտիվ փոփոխություններ են նկատվում սրտամկանի կծկողական ֆունկցիայի կողմից, որը հիմնականում արտահայտվում է նրա փոխհատուցողական և պահեստային հնարավորությունների մոբիլիզացիայով:

V. G. Kavtaradze, T. G. Vatsadze, N. L. Kikodze, G. N. Chimakadze,
L. G. Zhgenti, N. Sh. Chelshvili, R. I. Chikviladze

The Change of Cardio— and Hemodynamics in Crisis Increase
of the Arterial Pressure

S u m m a r y

In case of crisis hypertension the total peripheral resistivity increases and the quantity of the cardiac throw undergoes dissimilar changes. Cases with hypo-eukinetic and hyperkinetic types of circulation were observed. Objective changes of the myocardial contractile function were observed with mobilization of its compensatory and reserve possibilities.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Шаацабая И. К. Кардиология, 1976, 5, 5—11.
2. Ратнер Н. А. и соавт. Гипертонические кризы. М., 1958.
3. Тареев Е. М. Тер. архив, 1972, 9.
4. Эрина Е. В. Лечение гипертонической болезни. М., 1973.
5. Голиков А. П., Борисенко А. П., Бабков В. Н. Тер. архив, 1976, 10, 9—10.
6. Кавтарадзе В. Г. Тер. архив, 1977, 4, 78—82.

УДК 616.12.008.46—071.616.005

Н. Н. ХУДАБАШЯН, О. А. МКРТУМЯН, Т. Г. АМАЗАСПЯН, В. Н. КАРПЕНКО

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ КОРДАРОНА В КЛИНИКЕ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Одной из актуальных проблем рациональной терапии на современном этапе является электрическая нестабильность сердца. Помимо непосредственной угрозы жизни больных многие нарушения сердечного рит-

ма существенно ухудшают гемодинамику и способствуют развитию и прогрессированию сердечной недостаточности.

Хорошо известно значение кордарона при лечении различных нарушений сердечного ритма [1,6]. Особое предпочтение препарата связано с его высокой антиаритмической эффективностью и отсутствием побочных воздействий [2-5].

В последнее время кордарон нашел клиническое применение и при лечении сердечной недостаточности, сопровождающейся синусовой тахикардией, особенно в случаях рефрактерности ее к сердечным гликозидам [7,8].

Прямая положительная корреляция между падением сократительной способности миокарда и истощением в нем запасов катехоламинов показана экспериментально [4]. В связи с тем, что симпатикоадренальная система является одним из ведущих звеньев регуляции сердечной деятельности, предполагается, что рефрактерность к сердечным гликозидам может быть обусловлена не только изменениями чувствительности миокарда к этим препаратам, но и нарушениями функционального состояния этой системы. В этих случаях клинический эффект кордарона объясняется его антиадренергическим воздействием, так как препарат, подобно β -адренергическим блокаторам, вызывает частичное торможение β -рецепторов, а также и α -рецепторов симпатикуса.

В настоящем сообщении мы приводим результаты наблюдений по клиническому применению кордарона при лечении больных с недостаточностью сердца. Препарат назначался в случаях упорной синусовой тахикардии, экстрасистолической аритмии, тахикардитической формы мерцательной аритмии.

Материал и методы. В течение одного года в стационаре под наблюдением находилось 34 больных (16 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет. У 20 больных был ревматический порок сердца, у 14 — ИБС, 10 из них перенесли в прошлом инфаркт миокарда. Недостаточность кровообращения I стадии установлена у 4, IIА стадии — у 11 больных, 19 больных находились в стадии тотальной сердечной недостаточности (III-Б). У 6 больных на электрокардиограмме была выявлена синусовая тахикардия, у 13 — желудочковая и предсердная экстрасистолия, у 15 — мерцание предсердия.

Препарат назначался спустя несколько дней после неэффективного применения кардиотонических препаратов в сочетании с антиревматической терапией в случаях ревматических пороков сердца и после препаратов, улучшающих коронарное кровообращение у больных с ИБС. Суточная доза кордарона равнялась 400—600 мг (2—3 таблетки) перорально, принималась в комплексе с сердечными гликозидами, мочегонными препаратами. Лишь у 4 больных кордарон применялся изолированно.

Результаты и их обсуждение. При применении кордарона на 7—15-й день отмечалось значительное улучшение состояния больных: снижение интенсивности одышки, уменьшение числа сердечных сокращений, исчезновение отеков, сокращение размеров печени, уменьшение или пол-

ное исчезновение застойных хрипов в легких. На ЭКГ отмечалось урежение сердечных сокращений, исчезновение экстрасистол. У 2 больных зарегистрирован переход мерцательной аритмии в правильный синусовый ритм. В остальных случаях мерцательной тахикардии с выраженным дефицитом пульса отмечалось значительное урежение частоты сердечных сокращений, уменьшение или полное исчезновение дефицита пульса. У больных ИБС зафиксирована положительная динамика в участках миокарда с выраженными нарушениями коронарного кровообращения.

Таким образом, полученные данные указывают на высокую эффективность кордарона при лечении больных в стадии сердечной недостаточности, в частности, когда клиника недостаточности кровообращения развивается на фоне электрической нестабильности сердца.

Результаты наблюдений подтверждают широкий спектр антиаритмического действия кордарона, применение которого оказалось эффективным у больных как наджелудочковыми, так и желудочковыми нарушениями ритма, что согласуется с данными литературы [9, 10].

Эффективность применения препарата в комплексе лечения рефрактерной сердечной недостаточности объясняется, по всей вероятности, и тем, что причины, приводящие к нарушению функции сократимости миокарда — ишемическое состояние, перегрузки, процессы воспалительного и токсического характера, нарушение электролитного баланса и др., — могут быть и причиной нарушения ритма сердца. Между тем, возникновение очагов возбуждения в миокарде еще более снижает функциональные способности последнего, что чревато развитием рефрактерной недостаточности сердца.

В случаях развития сердечной недостаточности на почве ИБС наглядно проявляется двойное действие кордарона — непосредственно на гладкую мускулатуру (особенно кровеносных сосудов, в частности коронарных) и его антиадренергическое свойство. Препарат уменьшает работу сердца, тем самым снижая потребность миокарда в кислороде, снимает напряжение в бассейне коронарного кровообращения, а также вследствие тормозящего влияния на симпатическую нервную систему подавляет эффект симпатической стимуляции, регулирует обмен катехоламинов, урежает число сердечных сокращений и увеличивает энергетические резервы миокарда. Нормализация функционального состояния симпатико-адреналовой системы коррелирует с улучшением состояния больных и уменьшением или исчезновением симптомов недостаточности кровообращения.

Побочных действий препарата мы не обнаружили.

Наши наблюдения дают основание для широкого применения кордарона в кардиологической клинике при лечении больных с признаками недостаточности сердца на фоне тахикардии и различных нарушений ритма.

Институт кардиологии МЗ Арм. ССР им. Л. А. Оганесяна Поступила 1/XII 1982 г.

ՍՐՏԱՅԻՆ ԱՆՐԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԿՈՐԴԱՐՈՆԻ
ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Սրտի էլեկտրական անկայունության ֆոնի վրա արյան շրջանառության տարրեր աստիճան-
ների անրավարարության կորդարոնով բուժման մեր փորձը տալիս է հիմք լայնորեն օգտագոր-
ծելու այդ զեղամիջոցը սրտաբանական կլինիկայում:

N. N. Khoudabashian, O. A. Mkrtsumian, T. G. Hamazaspian,
V. N. Karpenko

On the Problem of Application of Cardaron in Cardiac
Insufficiency in the clinic

S u m m a r y

The experience of the treatment of patients with different degrees of cardiac
insufficiency by cordaron on the background of electrical unstability of the heart
allow to recommend this preparation for wide usage in cardiologic clinics.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Доцицин В. Л. Кардиология, 1979, 8, 116—120.
2. Живодеров В. М., Доци-
цин В. Л., Дунаева З. И. Кардиология, 1980, 1, 22—25.
3. Живодеров В. М., За-
харов В. Н., Доцицин В. Л. и др. Кардиология, 1981, 9, 41—44.
4. Захаров В. Н.,
Кузнецов К. К. Кардиология, 1977, 4, 90—93.
5. Казанская А. И., Кисилева З. М.,
Мухарлямов Н. М. Бюл. Всесоюз. кард. науч. центра АМН СССР, 1980, 1, 60—66.
6. Лякишев А. А., Подрид Ф. Д., Мазур Н. А. и др. Терапевтический архив, 1979,
8, 63—69.
7. Мухарлямов Н. М. Бюл. Всесоюз. науч. кард. центра АМН СССР, 1980,
1, 3—7.
8. Morganroth J., Peariman A., Dunkman W. Am. J., 1979, 98, 621—628.
9. Rosenbaum M., Chiale P., Halpern M. Am. J. Rapel, 1976, 38, 934—944.
10. Wel-
leni H., Ste K., Bar F. Am. J. Card., 1976, 38, 189—194.

УДК 616.126.3—089.28

Э. Ф. БАРИНОВ, Е. М. КИМБАРОВСКАЯ, Л. И. ЕВСЕЕВА, Е. Д. КРАХОТКИНА

ВЛИЯНИЕ КАРДИОПЛЕГИИ НА СТРУКТУРУ И ФУНКЦИЮ
ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ И ИНТРАМУРАЛЬНОГО
НЕРВНОГО АППАРАТА СЕРДЦА

Одной из нерешенных проблем, связанных с использованием холо-
довой фармакологической кардиоopleгии, является появление в ранний
послеоперационный период у кардиохирургических больных аритмий,
блоков атриовентрикулярного проведения и синдрома низкого сердечно-
выброса [2, 5, 6]. Для уточнения патогенеза указанных нарушений целе-
сообразно сопоставить контрактильность миокарда и ЭКГ сдвиги с