

ՏՈՒ Գ. ՇՈՒԼԳԱ, Օ. Ա. ԳՈՒԿՈՎԱ, Մ. Մ. ՏՐՈՆ, Ի. Ա. ՄՈՍԿԱԼԵՆԿՈ,
Վ. Գ. ԴԵՐԻՄԵԴՎԵԴ, Ա. Վ. ՊՈԴԴՈՒԲՆԻ, Լ. Գ. ԼՈՒԿԻՆԱ

ՍՐՏԱՄԱԿԱՆԻ ԿՐԿՆՎԱԾ ԻՆՖԱՐԿՏԸ, ԿԼԻՆԻԿԱՆ ԵՎ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Արտամիտների կրկնված ինֆարկտով հիվանդների մոտ կատարված է կլինիկական և գործի-
րային տվյալների համեմատական վերլուծություն, Կրկնակի և կրկնված ձևերը ունեցել են ավել-
ի ծանր ընթացք և բարձր մահացություն: Բարդություններ նկատվել են 100 %-ում:

Yu. D. Shulga, O. A. Gukova, M. M. Tron, I. A. Moskalenko,
V. D. Derimedved, A. V. Poddubny, L. G. Lukina

Recurrent Myocardial Infarction, its Clinical Picture and Diagnosis

S u m m a r y

The comparative analysis of the clinical and instrumental data is carried out in patients with recurrent myocardial infarction. The recurrent and relapsing forms differ by more critical course of the disease and higher lethality. Complications are observed in 100%.

УДК 616.12—005.4—036.12:616.1—08

М. А. АСАТЯН, Л. С. ОГАНЕСЯН, Н. Х. ГРИГОРЯН,
И. Р. АКОПЯН, А. В. ДАВТЯН

ВЛИЯНИЕ НИТРАТОВ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС

В последние годы произошли существенные изменения в терапии ИБС. Большое внимание уделяется дифференцированному подходу к лечению. Тем не менее, до настоящего времени имеющиеся данные весьма разноречивы и дискуссионны [1—9].

Целью настоящего исследования явилось проведение антиангинальной терапии нитратами пролонгированного действия у больных хронической ИБС с гипокинетическим типом 3-й степени реакции сердца на нагрузку (по классификации лаборатории клинической физиологии Института кардиологии МЗ Арм. ССР).

Материал и методы. Обследовано 87 больных хронической ИБС в возрасте от 30 до 60 лет с нормальным уровнем давления, без признаков недостаточности кровообращения. Больные были разделены на 2 группы: I группа—52 больных со стенокардией напряжения и покоя без инфаркта миокарда (функциональный класс II—I), II группа—35 боль-

ных с перенесенным в прошлом (одним и более) инфарктом миокарда. Частота приступов стенокардии составляла от 3 до 9 раз в сутки.

Таблица 1

Критерии прекращения велоэргометрической нагрузки у больных хронической ИБС до и после лечения

Причины прекращения нагрузки	I группа		II группа		Общая группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Субмаксимальная ЧСС	13	13	10	10	23	23
Стенокардия	20	12	14	7	34	19
ЭКГ изменения	9	1	4	5	13	6
тах	2	15	1	7	3	22
Одышка	6	5	2	2	8	7
Усталость	2	3	2	3	4	6
Экстрасистолия	0	2	2	3	2	5
Подъем АД	—	—	1	0	—	1
Всего		52		36	87	87

Велоэргометрию проводили методом ступенчатой, непрерывно возрастающей нагрузки, начиная со 150 кгм/мин, с последующим увеличением мощности на 150 кгм/мин каждые 3 минуты. Повторная ВЭМ проводилась на 21—24-й день лечения. В контрольный период больные не получали активных антиангинальных препаратов, за исключением таблеток нитроглицерина для купирования приступов стенокардии. Нитрит пролонгированного действия—сутак—принимался в течение 21—22 дней.

По характеру приспособляемости сердца к нагрузке и нарушениям степени корреляции между уровнем прироста потребления кислорода, ЧСС, сердечным выбросом и мощностью выполняемой нагрузки определены 3 степени [1—3] выраженности гипокинетического типа реакции сердца на нагрузку, определяющими степень недостаточности миокарда.

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют, что при ИБС приспособление сердца к физической нагрузке осуществляется в основном по гипокинетическому типу. У 87 больных хронической ИБС гипокинетическим типом 3-й степени реакции сердца на нагрузку со стенокардией напряжения и покоя без инфаркта миокарда и с постинфарктным кардиосклерозом, проведено изучение эффективности лечения нитратом пролонгированного действия (сутак—суточная доза препарата составляла 7,8—10,40 мг).

При применении сутак у исследуемых больных наблюдалось уменьшение частоты, продолжительности и интенсивности приступов стенокардии, наряду с этим отмечено уменьшение суточной потребности в нитроглицерине на 50% и более. Динамика болевого синдрома в целом соответствовала изменению депрессии сегмента RST на ЭКГ, однако между этими показателями не всегда наблюдался параллелизм (табл. 1).

Таблица 2

Показатели пороговой нагрузки до и после лечения ($M \pm m$)

Группа больных	W мах, кгм/мин		Время нагрузки, мин		ЧСС, уд/мин		САД, мм рт. ст.		ДП, мм рт. ст./мин		КР	
	до ле- чения	после ле- чения	до ле- чения	после ле- чения	до ле- чения	после ле- чения	до ле- чения	после ле- чения	до ле- чения	после ле- чения	до ле- чения	после ле- чения
I группа	537,5 $\pm$ 23,0	624,0 $\pm$ 32,1	7,6 $\pm$ 0,45	8,6 $\pm$ 0,40	53,2 $\pm$ 4,0	56,0 $\pm$ 4,6	43,0 $\pm$ 2,3	48,0 $\pm$ 2,3	121,0 $\pm$ 6,3	131,7 $\pm$ 6,1	5,0 $\pm$ 0,3	4,3 $\pm$ 0,3
Р		<0,02		<0,05		>0,1		>0,1		>0,1		>0,1
II группа	445,0 $\pm$ 30,1	496,0 $\pm$ 32,2	6,8 $\pm$ 0,35	8,2 $\pm$ 0,40	51,0 $\pm$ 3,3	48,0 $\pm$ 2,9	45,0 $\pm$ 3,22	43,7 $\pm$ 2,4	124,5 $\pm$ 8,4	132,8 $\pm$ 5,8	6,4 $\pm$ 0,7	5,1 $\pm$ 0,5
Р		>0,5		>0,01		>0,5		>0,5		>0,1		>0,1

Нитраты пролонгированного действия не оказывали существенного влияния на хронотропную способность миокарда ($P < 0,1$) в I и II группах больных, при достоверно больших значениях двойного произведения ($P > 0,1$). У больных ИБС со стенокардией напряжения и покоя и постинфарктным кардиосклерозом под влиянием сустанга отмечается достоверный прирост толерантности сердца к нагрузке в I и II группах больных ($P < 0,02$ и $P > 0,5$). На фоне действия препарата получен достоверный прирост ($P < 0,05$ и $P < 0,01$) по параметру продолжительности время нагрузки (табл. 2).

Таким образом, применение нитратов пролонгированного действия у больных ИБС с гипокинетическим типом 3-й степени приводит к уменьшению частоты, продолжительности приступа стенокардии (у больных со стенокардией напряжения и покоя, не перенесших инфаркт миокарда, и с постинфарктным кардиосклерозом). У больных с низкой толерантностью и низким потреблением кислорода независимо от стадии болезни они приводят к изменению показателей кардиодинамики, увеличению толерантности сердца и потребления кислорода, уменьшению коэффициента расходования резервов миокарда, что свидетельствует об улучшении функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Институт кардиологии МЗ Арм. ССР
им. акад. Л. А. Оганесяна

Поступила 12/V1984 г.

Մ. Ա. ԱՍԱՏՐԻԱՆ, Լ. Ս. ՀՈՎԱՆԵՍԻԱՆ, Ն. Խ. ԳՐԻԳՈՐԻԱՆ, Ի. Ռ. ՀԱԿՈՐԻԱՆ,
Ա. Վ. ԴԱՎԻԹԻԱՆ

ԵՐԿԱՐԱՏԵՎ ԱԶԴՈՂ ՆԻՏՐԱՏՆԵՐԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՍԻՐՏ-ԱՆՈԹԱՅԻՆ,
ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ՎԻՃԱԿԻ ՎՐԱ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԻՇԵՄԻԿ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԲ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Անցկացված է հակաանգինալ բուժում երկարատև ազդող նիտրատներով (սուստանգ) ֆիզիկական լարվածության նկատմամբ հիպոկինետիկ III աստիճանի վիճակով իշեմիկ հիվանդների մոտ, որը անկախ հիվանդության փուլից, հանգեցնում է սիրտ-անոթային համակարգի ֆունկցիոնալ վիճակի ցուցանիշների լավացման:

M. A. Assatryan, L. U. Hovanesian, N. Kh. Grigorian, I. R. Hakopian,
A. V. Davtian

Influence of Nitrates of the Prolonged Effect on the Functional State of the Cardiovascular System in Patients With Chronic Ischemic Heart Disease

S u m m a r y

The antilanginal therapy by nitrates of the prolonged effect has been carried out in patients with IHD with the hypokinetic type of the III degree of the cardiac reaction on the load. The changes of the indices of cardiodynamics have been observed which testify to the improvement of the functional state of the cardiovascular system in all stages of the disease.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гасилин В. С. Кардиология, 1978, 6.
2. Ганелина Н. Е. Ишемическая болезнь сердца. М., Медицина, 1977.
3. Гефтер В. А. и др. Сов. медицина, 1973, 3.
4. Матусова А. П. и др. Кардиология, 1976, 6.
5. Шхвацабая И. К. Ишемическая болезнь сердца. М. Медицина, 1975.
6. Шхвацабая И. К. Кардиология, 1978, 6.
7. Gorlin R. B. An international review, 1980, Dalas.
8. Jackson G. et al. Br. Med. J., 1975, 1.
9. Lambert D. et al. Med. J. Circulation, 4, 1976.

УДК 616.12—008.331.1:612.215.8

Л. Ф. ШЕРДУКАЛОВА, А. С. ВАРТАНЯН, М. А. ГАЙДЕС

РАЗВИТИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ОТТОКА КРОВИ ИЗ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ

СООБЩЕНИЕ I. КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ

Многочисленными работами показано, что сужение левого атрио-вентрикулярного отверстия (ЛАВО) приводит к целому комплексу гемодинамических изменений. Главными из них являются: затруднение оттока крови из малого круга кровообращения; изменение сопротивления кровотоку и давления в легочных сосудах [11]; изменение емкостных свойств малого круга кровообращения [9, 10]; изменение минутного объема кровообращения [3, 7, 8].

Изменения давления и сопротивления в легочных сосудах сочетаются с различной степенью их анатомического поражения [1, 4, 6, 7, 12], формируя «II барьер» при данной патологии. Последний в значительной степени определяет тяжесть клинического состояния больных. Поэтому значительный интерес представляет изучение у больных ревматическими пороками сердца взаимосвязи при различных степенях легочной гипертензии (ЛГ), клинических, патоморфологических и физиологических изменений в малом круге кровообращения. Такие исследования необходимы для изучения закономерностей развития ЛГ при этих пороках, чему и посвящено настоящее сообщение.

Материал и методы исследования. Обследовано 240 больных (154 женщины и 86 мужчин в возрасте 20—40 лет). У 190 больных отмечалось сужение ЛАВО и у 50—митрально-артериальный стеноз с преобладанием сужения ЛАВО. 96% больных находились в III или IV стадии заболевания (по А. И. Бакулеву, Е. А. Дамир), а остальные 4%—в IV—V стадиях. У 4 больных среднее давление в легочной артерии ($\bar{P}_{ла}$) было в пределах нормы, а у остальных имелась ЛГ. I группа—135 больных с умеренной ЛГ ($\bar{P}_{ла}$ до 31 мм рт. ст.—ЛГ-I). II группа—73 больных с выраженной ЛГ ($\bar{P}_{ла}$ от 32 до 56 мм рт. ст.—ЛГ-II),