

Interactions of Psychologic Parameters With Some Clinical and Paraclinical Data in Ischemic Heart Disease and Hypertensive Disease

Summary

Based on the psychologic testing in patients with ischemic heart disease and hypertensive disease there are revealed definite connections between some psychologic and clinical and paraclinical indices.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян Т. А. Автореф. канд. дис. М., 1980. 2. Губачев Ю. М. Докт. дисс., Л., 1972. 3. Кавишвили Д. Ш. Применение статистических методов в психологии. Тбилиси, 1974. 4. Норакидзе В. Г. Методы исследования характера личности. Тбилиси, 1975. 5. Friedman M., Rosenman R. H. J. A. M. A., 1959, 169, 1286—1296.

УДК 616.12—008.46:615.03(04)

М. М. МИРРАХИМОВ, И. К. МОЛДОТАШЕВ, А. М. ТЕНЕНБАУМ

МОЛСИДОМИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ГОРНОГО КЛИМАТА

В современных подходах к лечению тяжелой застойной сердечной недостаточности (ТЗСН) важное место отводится периферическим вазодилататорам [4, 6], к числу которых относится и молсидомин [1, 6]. Эффективность этого препарата в условиях горного климата, существенно изменяющего течение и клинико-функциональные проявления ТЗСН [2], не изучена. Поэтому целью данного исследования было изучение фармакодинамики молсидомина у больных ТЗСН в условиях горной местности.

Материал и методы. Обследовано 46 больных (14 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 17 до 62 лет с ТЗСН (II, Б—III ст.), развившейся на почве ревматических пороков сердца. 16 человек постоянно проживали в среднегорье (2000—2500 м) и 30 человек — в условиях низкого горья (760 м). На фоне полной дигитализации и приема адекватных доз диуретиков больным назначался молсидомин в суточной дозировке 0,2 мг/кг веса в 4 приема. До и на 10-й день приема препарата определяли частоту сердечных сокращений (ЧСС), систолическое легочно-артериальное давление (ЛАД) по Bustin, сердечный индекс (СИ) и общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС). С помощью аппарата «Алока SS Д-80» (Япония) по общепринятой методике [5] определялись объемы левого желудочка, фракция выброса (ФВ) и скорость циркулярного укорочения миокарда (Vcf) левого желудочка, максимальный размер левого предсердия (ЛП) и конечно-диастолический размер правого желудочка (ПЖ).

Учитывалась также динамика субъективных и объективных проявлений сердечной недостаточности.

Статистическая обработка проведена с использованием t-теста Стьюдента и метода сопряженных пар.

Результаты и их обсуждение. Результаты наших исследований (табл. 1) показали, что пероральный прием молсидомина в суточной дозе 0,2 мг/кг веса не вызывает достоверных изменений АД_{ср.} и ОПСС, т. е. не оказывает существенного влияния на постнагрузку, что подтверждается и другими авторами [7, 9, 10].

Таблица 1

Изменение некоторых параметров гемодинамики у больных с ТЗСН под влиянием курсового (в течение 10 дней) приема молсидомина в условиях низко- и среднегорья ($M \pm m$)

Показатели	Низкогорье (n=30)		Среднегорье (n=16)	
	исходные данные	на 10-й день	исходные данные	на 10-й день
ЧСС, мин	78,3 $\pm$ 2,3	69,7 $\pm$ 2,4*	77,9 $\pm$ 2,6	70,2 $\pm$ 2,2*
АД _{ср.} , мм рт. ст.	92,0 $\pm$ 2,7	88,2 $\pm$ 3,4	91,3 $\pm$ 3,4	87,7 $\pm$ 4,1
ЛАД _{ср.} , мм рт. ст.	54,2 $\pm$ 3,7	42,5 $\pm$ 3,7*	61,1 $\pm$ 3,4	46,4 $\pm$ 3,5*
УО, мл	45,1 $\pm$ 4,2	52,7 $\pm$ 6,9	44,2 $\pm$ 5,1	50,6 $\pm$ 7,6
СИ, л/мин/м ²	2,2 $\pm$ 0,2	2,6 $\pm$ 0,3	2,1 $\pm$ 0,3	2,4 $\pm$ 0,3
ОПСС, дин. с. см ⁻⁵	2743 $\pm$ 376	2583 $\pm$ 295	2661 $\pm$ 300	2579 $\pm$ 392

Примечание: *—достоверные изменения ($P < 0,05$).

Таблица 2

Изменение некоторых ЭХОКГ показателей у больных ТЗСН под влиянием курсового (в течение 10 дней) приема молсидомина в условиях низко- и среднегорья ($M \pm m$)

Показатели	Низкогорье (n=14)			Среднегорье (n=12)		
	до лечения	Δ после лечения	P	до лечения	Δ после лечения	P
КДО, мл	135,4 $\pm$ 15,4	-19,2 $\pm$ 3,7	$<0,001$	141,2 $\pm$ 14,7	-20,4 $\pm$ 3,9	$<0,001$
КСО, мл	71,9 $\pm$ 11,3	-13,5 $\pm$ 3,1	$<0,001$	72,3 $\pm$ 12,1	-14,6 $\pm$ 3,3	$<0,001$
ФВ, %	48,7 $\pm$ 3,2	+1,0 $\pm$ 1,4	$>0,1$	48,2 $\pm$ 3,5	+1,4 $\pm$ 3,7	$>0,1$
Vcf, окр/с	0,83 $\pm$ 0,05	+0,07 $\pm$ 0,05	$>0,05$	0,85 $\pm$ 0,06	+0,09 $\pm$ 0,07	$>0,05$
ЛП, мл	47,1 $\pm$ 2,0	-5,2 $\pm$ 0,8	$<0,0001$	45,2 $\pm$ 2,3	-5,6 $\pm$ 0,9	$<0,0001$
ПЖ, мл	25,5 $\pm$ 2,7	-0,5 $\pm$ 0,6	$>0,1$	26,2 $\pm$ 3,1	-0,9 $\pm$ 0,8	$>0,1$

Примечание. P—достоверность различия показателей после лечения по сравнению с исходными. Δ —средняя разница между исходными величинами и показателями после лечения.

Показатели, характеризующие контрактильность миокарда левого желудочка (ФВ, Vcf), также не изменялись (табл. 2). В то же время отмечено значимое снижение ЛАД, сопровождавшееся уменьшением размеров ЛП, КДО и КСО левого желудочка. Эти изменения свидетельствуют о благоприятном влиянии препарата на гемодинамику больных ТЗСН, выражающемся в редукции преднагрузки. Важно, что по-

ложительные сдвиги гемодинамики в условиях среднегорья были несколько более выраженными. Это позволяет рассматривать молсидомина как эффективное средство лечения ТЗСН и в условиях высотной гипоксии, тем более, что уменьшение КДО и КСО подтверждает ранее полученные данные [7] о снижении потребления кислорода миокардом под влиянием молсидомина.

Изменения со стороны УО и СИ были разнонаправленными, в целом проявляя тенденцию к увеличению. Как известно, подобные же гемодинамические эффекты были отмечены ранее и у нитратов [3]. Объяснить такие разнонаправленные сдвиги можно неодинаковым исходным состоянием центральной и периферической гемодинамики у больных ТЗСН, в первую очередь исходным уровнем ЛАД и степенью дилатации левого желудочка сердца [8].

Благоприятные гемодинамические сдвиги у больных ТЗСН, наступавшие под влиянием молсидомина, сопровождались и заметным улучшением их самочувствия. Побочные эффекты молсидомина в условиях обеих высот были отмечены у 14 больных. Они выражались, в основном, в появлении головных болей через 30—40 мин после приема препарата, которые обычно проходили на 5—7-й день лечения.

Киргизский НИИ кардиологии

Поступила 3/IX 1984 г.

Մ. Մ. ՄԻՐԱԿԻՄՈՎ, Ի. Կ. ՄՈԼԴՈՏԱՇԵՎ, Ա. Մ. ՏԵՆԵՆԲԱՈՒՄ

ԼՆՈՒԱՅԻՆ ԿԼԻՄԱՏԱԿԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒ ԾԱՆՐ ԿԱՆԳԱՅԻՆ ՍՐՏԱՅԻՆ ԱՆՔԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՄԸ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՄՈԼԻԴՈՄԻՆՈՎ

Ա մ փ փ ու մ

Ցույց է տրվում, որ լեռնային կլիմայական պայմաններում ծանր կանգալի սրտային անբավարարվածը հիվանդների կոմպլեքս բուժման ժամանակ նպատակահարմար է մոլդոմինի օգտագործումը:

M. M. Mirrakhimov, I. K. Moldotashev, A. M. Tenenbaum

Molsidomine in the Complex Treatment of Patients With Severe Congestive Heart Failure in Mountain Climatic Conditions

S u m m a r y

The conclusion is drawn about the expediency of the wide application of molsidomine in the complex treatment of patients with serious congestive heart failure in the mountain climatic conditions.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Мареев В. Ю., Сазонова Л. Н., Григорьянц Р. А. и др. Тер. архив, 1983, 9, 76—80.
2. Миррахимов М. М., Юсупова Н. Я. Кардиология, 1975, 10, 39—45.
3. Молдоташев И. К., Юсупова Н. Я., Ажимаматова Т. А. и др. В материалах международного симпозиума «Легочные артериальные гипертензии». Москва—Фрунзе, 1982.
4. Мухарлямов Н. М. Тер. архив, 1981, 8, 7—10.
5. Мухарлямов Н. М., Беленков Ю. Н. Ультразвуковая диагностика в кардиологии. М., Медицина, 1981.
6. Мухарлямов Н. М.,

Мареев В. Ю., Лобова Н. М. и др. Кардиология, 1982, 2, 57—67. 7. Шарга М., Ботш Х., Рутш В. и др. В материалах международного симпозиума «Новые аспекты терапии коронарной болезни сердца». М., 1979. 8. Chatterjee K., Pamley W. W. Progr. Cardiasc. Res., 1977, 12, 301—325. 9. Kulas A., Escudier B., Haunashi N. et al. IX World. Congress of Cardiology, Moscow, 1982, Abst. 1. 651. 10. Otero F. F., Berges F., Agejas et al. Ibid. 370.

УДК 616.1—008.64—072:615.22

С. Л. ЕОЛАН, Г. Р. ГАБРИЕЛЯН, Г. А. МАНУКЯН, С. В. АГАБАБОВ

ВЛИЯНИЕ КУРАНТИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕКОРОНАРОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Лечение сердечной недостаточности остается одной из актуальных проблем кардиологии [3]. Возможным путем терапевтического воздействия на нарушенное кровообращение является применение препаратов, способных положительно влиять на микроциркуляцию и реологические свойства крови. К их числу относится дипиридамол (курантил) [2, 4]. Цель настоящей работы—установить, оправдано ли применение курантила у больных сердечной недостаточностью; при этом особый интерес представляет действие препарата на показатели центральной гемодинамики. В доступной литературе мы не нашли сведений по этому вопросу.

Материал и методы. Обследовано 36 больных (30 женщин и 6 мужчин в возрасте 30—70 лет) ревматическим митральным пороком сердца (без признаков активности ревматизма) с сердечной недостаточностью I и IIA стадий по классификации Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко. За неделю до начала исследования все лекарственные средства у больных отменяли, после чего в течение 2 недель назначался курантил 150 мг/сутки, внутрь. До и после испытания определяли гемодинамические показатели методом тетраполярной реографии на аппарате РПП-2-02 с одновременной регистрацией ЭКГ в 12 отведениях и артериального давления.

Результаты и обсуждение. Результаты представлены в табл. 1, из которой видно, что курантил вызывал однотипные изменения гемодинамических показателей у больных с различными видами митрального порока сердца. Так, если до приема препарата ударный объем (УО) в группах больных с преобладанием стеноза левого венозного отверстия и недостаточности митрального клапана составлял соответственно $57,0 \pm 4,5$ и $62,0 \pm 4,6$ мл, то в конце наблюдения он достоверно снижался до $52,2 \pm 3,7$ и $57,1 \pm 4,8$ мл ($P < 0,001$). При этом показатели минутного объема (МО) существенно не изменились: $4,6 \pm 0,3$ и $4,6 \pm 0,4$ л/мин до лечения, $4,4 \pm 0,3$ и $4,5 \pm 0,5$ л/мин после лечения, поскольку снижение УО компенсировалось возрастанием ЧСС ($P < 0,01$). Из табл. 1