

Мареев В. Ю., Лобова Н. М. и др. Кардиология, 1982, 2, 57—67. 7. Шарга М., Боти Х., Рутти В. и др. В материалах международного симпозиума «Новые аспекты терапии коронарной болезни сердца». М., 1979. 8. Chatterjee K., Pamley W. W. Progr. Cardiovasc. Res., 1977, 12, 301—325. 9. Kulas A., Escudier B., Haunachi 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. ЕОЛЯН, 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 дипиридамо́л (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 IIА 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 РПГ-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

Таблица 1

Изменение гемодинамических показателей после 2-недельного приема курантила ( $M \pm m$ )

Группа обследованных	Число больных	Сроки	УО, мл	МО, л/мин	ЧСС, мин	ОПС, дин. с. см <sup>-5</sup>
Сочетанный митральный порок с преобладанием стеноза, Н I—IIA ст.	22	до	57,0 $\pm$ 4,5	4,6 $\pm$ 0,3	80,8 $\pm$ 2,8	1665 $\pm$ 129,2
		после	52,2 $\pm$ 3,7	4,4 $\pm$ 0,3	84,9 $\pm$ 2,1	1726 $\pm$ 131,9
Сочетанный митральный порок с преобладанием недостаточности, Н I—IIA ст.	9	до	62,0 $\pm$ 4,6	4,6 $\pm$ 0,4	73,7 $\pm$ 3,6	1529 $\pm$ 188,5
		после	57,1 $\pm$ 4,8	4,5 $\pm$ 0,5	77,8 $\pm$ 3,4	1694 $\pm$ 240,7
Все больные <sup>1</sup>	36	до	56,9 $\pm$ 3,2	4,36 $\pm$ 0,25	78,5 $\pm$ 2,0	1726 $\pm$ 107,7
		после	50,9 $\pm$ 2,8	4,12 $\pm$ 0,24	81,7 $\pm$ 2,1	1891 $\pm$ 138,1
	P1-II		<0,001	не достов.	<0,01	не достов.

<sup>1</sup> Больные I и II групп, а также 5 больных с мерцательной аритмией, не вошедшие в эти группы. За время испытания АД практически не изменялось.

видно также, что характер изменений гемодинамических параметров не зависел от ритма сердца и стадии нарушения кровообращения. Курантил не оказал достоверного воздействия на общее периферическое сопротивление (ОПС), хотя наблюдалась тенденция к нарастанию этого показателя к концу наблюдения. За 2 недели монотерапии курантилом у подавляющего большинства больных отметили улучшение субъективного состояния, выразившееся в уменьшении одышки, устранении ощущения дискомфорта в области сердца и кардиалгии. Артериальное давление и ЭКГ существенно не изменялись. Переносимость препарата была хорошей.

Таким образом, у больных с ранними стадиями сердечной недостаточности неишемического генеза курантил вызывал уменьшение УО и одновременно увеличение ЧСС. Отрицательное влияние курантила на гемодинамику не сопровождалось клиническим ухудшением, наоборот, субъективное состояние больных улучшалось, что можно объяснить благоприятным влиянием препарата на миокардиальную микроциркуляцию. Определенная противоречивость этих данных указывает на целесообразность продолжения исследований. Так, представляет интерес действие более высоких доз курантила (250—500 мг и выше), которые могут изменить характер его влияния на кардиодинамику за счет возможного снижения ОПС и уменьшения после нагрузки на сердце, а также обеспечить оптимальный дезагрегационный эффект [5] и уменьшить вероятность возникновения аритмий [1].

Институт кардиологии им. Л. А. Оганесяна  
МЗ АРМ. ССР

Поступила 27/XI 1984 г.

Ս. Լ. ԵՈՂՅԱՆ, Գ. Ռ. ԳԱԲՐԻԵԼՅԱՆ, Գ. Ա. ՄԱՆՈՒԿՅԱՆ, Ս. Վ. ԱԳԱԲԱԲՈՎ

ԿՈՒՐԱՆՏԻԼԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ՀԵՄՈԴԻՆԱՄԻԿԱՅԻ ՎՐԱ  
ՈՉ ԿՈՐՈՆԱՐԱՅԻՆ ԾԱԳՄԱՆ ՍՐՏԱՅԻՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ  
ՈՒՆԵՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴԵՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

*Հայտնաբերված է կուրանտիլի դրական կլինիկական ազդեցությունը ուսումնական էթիոլոգիայի սրտային անբավարարություն ունեցող հիվանդների մոտ և նրա ազդեցության բարդ մեխանիզմը կենտրոնական հեմոդինամիկայի ցուցանիշների վրա:*

S. L. Yeolyan, G. R. Gabrielyan, H. A. Manukyan, S. V. Agababov

Effects of Curantil on Parameters of Central Hemodynamics  
in Patients With Cardiac Insufficiency of Non-Coronarogenic  
Etiology

S u m m a r y

It was found out that curantil (dipiridamole) is of clinical benefit in patients with cardiac insufficiency of rheumatic etiology and has a complex influence on the parameters of central hemodynamics.

1. Люсов В. А., Савчук В. И., Белоусов Ю. Б. и др. Кардиология, 7, 35—37.
2. Метелица В. И. В кн.: «Справочник кардиолога по клинической фармакологии». М., 1980, 51—52.
3. Соколов А. М. Врач. дело, 1983, 5, 21—23.
4. Degraff A. C., Lyon A. F. Am. Heart J., 1963, 65, 423—424.
5. Mehta J., Mehta P., Pepine C. J., Conti C. R. Am. J. Cardiol., 1981, 47, 1111—1114.

УДК 616.125—073.97:616.127—005.8—06—004—005

В. Д. СЫВОЛАП, М. Б. ШИК, В. И. РАДЧЕНКО

### ИЗМЕНЕНИЯ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ДИФфуЗНЫМ И ПОСТИНФАРКТ- НЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ (по данным КМ ЭКГ)

Целью данного исследования явилось изучение биоэлектрической активности предсердий методом крупномасштабной ЭКГ (КМ ЭКГ) у больных диффузным и постинфарктным кардиосклерозом на различных стадиях недостаточности кровообращения, а также выяснение корреляционной зависимости некоторых количественных показателей КМ ЭКГ и гемодинамики.

*Материал и методы.* Обследовано 110 больных ишемической болезнью сердца (ИБС), мужчин—85, женщин—25, средний возраст  $63,8 \pm 3,0$  года. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Все больные разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 54 больных с недостаточностью кровообращения (НК) I стадии по классификации Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко, обусловленной диффузным (ДК) (29 больных) и постинфарктным (ПК) кардиосклерозом (25 больных). 2-ю группу составили 32 больных с НК II А стадии. Диффузный кардиосклероз был у 16 и постинфарктный—у 16 больных. В 3-ю группу вошли 24 больных с НК II Б—III стадий, в том числе 16 больных постинфарктным и 8 диффузным кардиосклерозом.

КМ ЭКГ регистрировали на усовершенствованном отечественном электрокардиографе ЭКГ 2Т-02 с приставкой для усиления биопотенциалов в 10 раз (рационализаторское предложение № 756 за 1982 г.). Определяли амплитуду (А) и длительность (Д) зубца Р во II стандартном отведении, время внутреннего отклонения правого и левого предсердий (J), угол Z в 1- и 2-ом стандартных отведениях, показатель соотношения сил левого и правого предсердий (ПССР), Р—терминальный индекс (Р-ти), угол  $\alpha$  зубца Р, «скорость подъема» (СПР).

Центральную гемодинамику изучали методом тетраполярной грудной реографии по методике Кубичека в модификации Ю. Т. Пушкаря.

*Результаты и их обсуждение.* Анализ КМ ЭКГ показал, что зубец  $R_{I, II}$  у здоровых лиц был положительный, а в отведении  $V_1$  —двухфазный, с преобладанием начальной положительной фазы. По форме зубец  $R_{I, II}$  напоминал полуовал с гладкими контурами, в единичных