

С. Л. ЕОЛЯН, Г. А. МАНУКЯН, Л. Г. СААКЯН, Г. Р. ГАБРИЕЛЯН

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Одним из перспективных направлений поиска средств терапии сердечной недостаточности является использование кардиотропных препаратов, условно именуемых нами «негликозидными кардиотропными средствами». К ним, в частности, относятся β -адреноблокаторы и дигипиридамола (курантил). Данные литературы об их эффективности при сердечной недостаточности различного генеза противоречивы.

В настоящей работе делается попытка обосновать целесообразность назначения курантила и обзидана отдельно или в сочетании с гликозидом у больных с застойной сердечной недостаточностью.

Нами проведено исследование больных ревматическими митральными пороками сердца с недостаточностью кровообращения (НК) I, IIА, IIБ стадий (по Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко). Для оценки сократительной способности миокарда и регистрации параметров гемодинамики использовали тетраполярную реографию на аппарате Р-ПГ2-02, поли- и радиокардиографию.

У 51 больного с нарушением кровообращения I и IIА стадии изучали действие однократного перорального приема 60 мг обзидана на кардиогемодинамику (реограммы регистрировались дважды, через 1 и 2 часа), а у 36 больных—влияние однократного в/в введения 2 мл курантила с регистрацией кривых реограмм через 5, 10, 60 и 120 мин. Независимо от степени НК, характера порока (преобладание недостаточности или стеноза) и ритма сердечной деятельности прием обзидана приводил к улучшению основных гемодинамических показателей. У всех больных отмечалось снижение артериального кровяного давления в среднем на 5—10 мм/час. Через 2 часа после введения курантила МОС и УОС почти не менялись, отмечалось некоторое урежение ЧСС. Наблюдалось некоторое увеличение МОС и УОС при митральном пороке с преобладанием недостаточности и, наоборот, их уменьшение при преобладании стеноза.

Курсовое лечение вышеотмеченными препаратами было проведено у 180 больных. Характер изменений гемодинамических показателей при НК I и IIА стадий одинаков (табл. 1). После курсового лечения дигоксинот отмечается улучшение изученных гемодинамических показателей—увеличивается УОС и некоторое снижение МОС на фоне значительного урежения ЧСС.

Динамика изменений отмеченных показателей после обзидана носила почти аналогичный характер. Некоторое уменьшение МОС объясняется значительным урежением ЧСС. Наилучшие результаты были получены при сочетании обзидана и дигоксина. При этом на фоне уре-

Таблица 1

Изменение гемодинамических показателей после трехнедельного приема обзидана, дигоксина и их сочетаний, курантила

Показатели	Н ₁ -Н _{ПА}		Н _{ПБ}		Н ₁ -Н _{ПБ}		
	Число больных						
	21	99	33	12	12	10	34
	Дигоксин	Обзидан	Обзидан+ дигоксин	Дигоксин	Обзидан	Обзидан+ дигоксин	Курантил
УОС, до лечения	43,2±3,4	44,8±2,7	43,3±3,8	43,4±5,5	39,7±5,3	40,5±6,0	59,9±3,2
после лечения	48,2±3,4	46,3±2,4	51,8±3,5	49,1±5,9	40,8±5,0	54,4±6,2	50,9±2,8
МОС, до лечения	4,45±0,37	4,17±0,21	3,98±0,33	4,6±0,57	4,0±0,38	4,0±0,4	4,35±0,25
после лечения	4,06±0,3	3,85±0,2	4,04±0,26	4,1±0,6	3,6±0,45	4,6±0,33	4,12±0,25
ЧСС, до лечения	103,1±4,5	96,1±3,0	96,7±4,2	104,5±10,2	102±5,2	107±7,3	78,5±2,0
после лечения	85,4±3,0	82,0±2,1	79,4±2,7	83,6±7,2	82,8±4,5	84±5,1	81,7±2,1

жения ЧСС увеличивается не только УОС, но и МОС. Как и при «остром» опыте артериальное кровяное давление к середине курсового лечения снизилось в среднем на 12 мм/час, а к концу лечения—на 7 мм/час. Интересно отметить, что при НК I и IIА стадии наилучшие результаты от обзидана были получены у больных с мерцательной аритмией. Так, из 40 больных с нарушением сердечного ритма, у 36 после лечения, на фоне субъективного улучшения, отмечались положительные сдвиги со стороны изученных гемодинамических показателей. Курантил в дозе 150 мг в день при приеме внутрь в течение 3 недель вызывал уменьшение УОС и увеличение ЧСС, не оказав существенного влияния на показатели МОС, АД.

Полученные нами данные тетраполярной реографии коррелируют с результатами радиокардиографии и поликардиографии.

Итак, результаты наших исследований позволяют заключить, что в определенных клинических ситуациях при лечении НК у больных ревматическими пороками сердца может найти применение курантил. Обзидан, назначаемый отдельно или в сочетании с небольшими дозами сердечных гликозидов, приводит к устранению тахиаритмии, нормализации АД при исходно высоких его значениях, к ликвидации или уменьшению признаков НК. Отрицательный инотропный эффект препарата, по-видимому, нивелируется его антиаритмическим действием и способностью уменьшать миокардиальное потребление кислорода, в результате чего обеспечивается более экономный режим работы сердца, способствующий повышению его сократительной способности.

НИИ кардиологии МЗ Арм. ССР им. Л. А. Станесяна

Поступила 25/VII 1985 г.

Ս. Լ. ՅԵՈՒԿԱՆ, Գ. Ա. ՄԱՆՈՒԿՅԱՆ, Լ. Գ. ՍԱՀԱԿՅԱՆ, Գ. Ռ. ԳԱԲՐԻԵԼՅԱՆ

ՄՐՏԻ ՌԵՎՄԱՏԻԿ ԱՐԱՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴԵՆԵՐԻ ՍՐՏԱՅԻՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ
ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵՐ ՓՈՐՁԸ

Ա մ ֆ ո փ ո լ մ

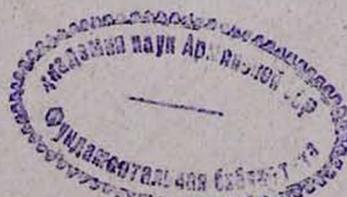
Որոշ ոչ գլիկոզիդային կարդիոտրոպ դեղամիջոցների կիրառումը արյան շրջանառության անբավարարության բուժման մեջ սրտի ռեմատիկ միթրալ արատով հիվանդների մոտ ցույց է տվել նրանց թերապևտիկ արդյունավետությունը, որը հաստատվել է տետրապոլյար (չորսբև-վեռանի) հոսքագրության մեթոդով:

S. L. Yeolyan, G. A. Manoukian, L. G. Sahakian, G. R. Gabrielian

Our Experience of Cardiac Insufficiency Treatment in Patients with Rheumatic Mitral Heart Diseases

S u m m a r y

The application of some non-glycoside cardiotropic preparations in treatment of cardiac insufficiency in patients with rheumatic mitral heart diseases revealed their therapeutic effectiveness, which is proved by the method of tetrapolar rheography.



ЛИТЕРАТУРА

1. Бойдоулас У. О., Нилл О. и др. Тер. архив, 1982, 11, 45—47.
2. Вотчал Б. Е., Слущкий М. Е. Сердечные гликозиды, М., 1973.
3. Кедров А. А. Дистрофия миокарда (миокардиодистрофия) как причина сердечной недостаточности.
4. Кукес В. Г., Волков Р. Ю. Ревматология, 1983, 2, 65—69.
5. Мухарлямов Н. М. Кардиология.
6. Сивков И. И., Кукес В. Г. Кардиология, 1975, 10, 52—61.

УДК 616.126.421.—089

А. А. АМАНОВ, Д. С. ГУЛЯМОВ, Н. И. ХАН,
Р. В. АСАНОВ, С. В. КАЛИНИЧЕНКО

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АРТИФИЦИАЛЬНОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ

Закрытая митральная комиссуротомия в настоящее время является методом выбора при лечении больных митральным стенозом. Однако процент неудовлетворительных результатов операции все еще высок [1, 3, 4]. Самыми частыми причинами неудовлетворительных результатов после митральной комиссуротомии являются недостаточное расширение митрального клапана и операционная недостаточность митрального клапана. По данным ряда авторов [2, 3, 5], митральная недостаточность возникает или усиливается в 4,5—15% случаев.

Анализ 1117 чрезжелудочковых митральных комиссуротомий, выполненных в отделении хирургии сердца филиала ВНЦХ АМН СССР в г. Ташкенте с 1976 г. по 1 января 1985 г., показал, что посткомиссуральная митральная недостаточность возникает в 15,5% случаев. Изучено течение ближайшего и отдаленного послеоперационного периода в сроки до 8 лет. Клинико-инструментальному обследованию подвергнуто 150 больных с посткомиссуральной митральной недостаточностью.

Наблюдения показывают, что искусственная недостаточность I степени (114 больных, классификация Б. В. Петровского) не оказывает существенное влияние как на ближайший послеоперационный период, так и на отдаленные результаты после операции. Результат операции в отдаленный период оценивался как хороший у 82,1% больных; удовлетворительный—у 16,6%; летальный исход у 1 больного, не связанный с возникшей регургитацией. Трудоустроено 90% больных.

При II степени регургитации (22 больных) у 7 (35%) больных наблюдалась сердечная недостаточность. Динамическое наблюдение за больными с посткомиссуральной недостаточностью показало, что их состояние имеет тенденцию к прогрессивному ухудшению.

Отдаленные результаты не стабильны и ухудшаются тем быстрее, чем больше степень возникшей регургитации. Хорошие отдаленные ре-