ЛИТЕРАТУРА

1. *Вотчал Б. Е., Слуцкий М. Е.* Сердечные гликозиды. М., Медицина, 1973. 2. *Сычева И. М., Виноградов А. В.* Хроническая недостаточность кровообращения. М., Медицина 1977. 3. *Waldorff S., Berning J.* Eur. J. Clin. Pharmacol., 1982, 21: 269—273. 4. *Waldorff S., Buch J.* Eur. J. Cardiol., 1979, 10/2, 143—149. 5. *Marchetti G., Francesco G. F. Di.* Arch. int. Pharmacodyn., 1983, 266, 250—263.

УДК 616.126.42—007—072.7

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

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ КАРДИОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Лечение сердечной недостаточности при ревматическом митральном пороке сердца представляет определенные трудности. В настоящее время лучше всего зарекомендовали себя сердечные гликозиды. Однако в клинике нередко возникают такие ситуации, когда при продолжающейся более или менее выраженной недостаточности кровообращения дальнейший прием сердечных гипозидов не представляется возможным. Исходя из этого, мы задались целью изучить возможность применения некоторых негликозидных кардиотропных препаратов (обзидан, курантил, преднизолон) при лечении сердечной недостаточности различной выраженности у больных митральным пороком сердца.

Выбор нами этих препаратов не случаен. Обзидан в суточной дозировке 40—80 мг назначался больным при необходимости получения отрицательно-хронотропного и антиаритмического эффекта. Учитывая имеющиеся в литературе данные о возможности нивелирования отрицательного инотропного действия β-адреноблокаторов сердечными гликозидами, группе больных сочетали обзидан и изоланид или дигоксин.

Применяя курантил (150—200 мг в день), мы основывались на его свойствах увеличивать концентрацию аденозина и синтез АТФ в миокарде, улучшать микроциркуляцию и положительно влиять на реологические свойства крови. Преднизолон в небольшой дозировке (15—20 мг в день) вызвал наш интерес вследствие влияния его на инотропную функцию сердца, противовоспалительный и некоторый положительный диуретический эффект. Отмеченные выше медикаменты назначались в течение 15—20 дней.

Нами обследовано 88 больных ревматическим митральным пороком сердца.

Для оценки эффективности лечения и функционального состояния сердечно-сосудистой системы у данных больных мы применили эргометрию. По нашим данным особое значение имеет сопоставление реакции

Таблица 1

Толерантность к физической нагрузке до и после лечения испытуемыми препаратами

Препараты	Общая работа, кГм		Средняя продолжительность нагрузки, кГм/мин		Средняя продолжительность нагрузки		Индекс работы сердца		ЧСС, мин	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения до и после нагрузки, %	после лечения до и после нагрузки, %	до лечения до и после нагрузки, %	после лечения до и после нагрузки, %
Обзидан	975	1275	165	205	5′10″	6′20″	81,68—157,28 192	7596—172,8 229	87—135 169	70—118 163
Обзидан с гликозидом	1050	1275	160	205	5′10″	6′15″	88,28—183,96 208	99,12—182,38 246	84—140 167	65—100 153
Преднизолон	825	950	160	170	5′15″	5′45″	88,90—174,90 196	88,13—206,56 233	82—143 185	70—130 180
Курантил	975	1020	170	185	5′	6′	74,80—165,60 223	79,60—190,12 240	80—153 192	82—162 200

сердечно-сосудистой системы при одинаковых уровнях нагрузки до и после лечения. Больным давалась стандартная нагрузка: женщинам—150 кгм/мин, мужчинам—300 кгм/мин в течение 5 мин. Определяли АД, ЧСС, регистрировали ЭКГ в 12 обычных отведениях в состоянии покоя, после нагрузки, на 5 и 10-й мин отдыха.

С целью определения физической работоспособности больных до и после лечения нами рассмотрены в динамике индекс работы сердца, или «двойное произведение», средняя мощность нагрузки, объем общей выполняемой работы, средняя продолжительность нагрузки, частота сердечных сокращений (табл. 1).

У исследованных больных работоспособность была резко снижена. Физическая нагрузка до и после лечения выявила однонаправленность гемодинамических сдвигов: увеличение частоты сердечных сокращений, повышение артериального давления, увеличение «двойного произведения». Вместе с этим выраженность этих сдвигов была различна в зависимости от примененной терапии. Различия в уровне индекса работы сердца, или «двойного произведения» (являющегося интегральным физиологическим показателем потребления кислорода) в группе больных, получивших обзидан, сочетание обзидана с гликозидом и преднизолон были обусловлены, в основном, за счет большого повышения артериального давления, чем увеличения числа сердечных сокращений, а в группе больных, получивших курантил, наоборот, за счет учащения ритма сердечных сокращений (а разница в величине артериального давления до и после лечения практически отсутствовала).

Физические возможности организма и сердечно-сосудистой системы, в частности, общая работа сердца, средняя мощность нагрузки, средняя продолжительность нагрузки, увеличение частоты сердечных сокращений после нагрузки, выраженные в процентах, после лечения возросли. Однако проводя сравнительный анализ этих показателей, мы пришли к выводу, что наилучший эффект получен при лечении больных обзиданом с гликозидами. Менее эффективным оказалось лечение обзиданом в чистом виде, минимальный эффект получен при терапии преднизолоном и курантилом.

Институт кардиологии МЗ Арм. ССР им. Л. А. Оганесяна Поступила 5/XII 1985 г.

Ս. Լ. ՅՈԼՅԱՆ, Լ. Հ. ՍԱՀԱԿՅԱՆ, Հ. Հ. ՄԱՆՈՒԿՅԱՆ, Գ. Ռ. ԳԱԲՐԻԵԼՅԱՆ

ՈՐՈՇ ԿԱՐԴԻՈՏՐՈՊ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՄԻԹՐԱԼ ԱՐԱՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԾԱՆՐԱԲԵՌՆՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՆԿԱՏՄԱՄԲ ԴԻՄԱՑԿՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ

Ա մ փ ո փ ո ւ մ

Ցույց է տրված, որ արյան շրջանառության անբավարարության աստիճանը օգտագործվող դեղամիջոցների ազդեցության տակ պակասում կամ վերանում է, իսկ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ դիմացկունությունը համապատասխանաբար բարձրանում է։

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

Influence of Some Cardiotropic Preparations on the Tolerance to the Physical Load in Patients with Mitral Valvular Disease

Summary

It is shown, that the degree of the circulatory insufficiency is decreased or liqiudated under the influence of the studied preparations.

The tolerance to the physical load in these patients increases.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Венедиктова М. Г.* Терапевтический архив, 1975, XLVII, 78—86. 2. *Гирин Н. И.* Врачебное дело, 1976, 4, 48—51. 3. *Дзизинский А. А., Черняк Б. А.* и др. Кардиология, 1984, 2, 68—72. 4. *Комаров Ф. И., Ольбинская Л. И.* Начальная стадия сердечной недостаточности. М., 1978, 6. 5. *Крол В. А., Носонова Т. И.* и др. Кардиология, 1982, 8, 73—76.

УДК 616.127—002—053.2:616.12—008.3/5

А. А. ГАЛСТЯН, Ф. А. ДЖАВАРИ, Э. Г. МАТЕВОСЯН, В. А. МАНТАШЕВА

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ СЕРДЦА ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ МИОКАРДИТАХ У ДЕТЕЙ

В последние годы возрос интерес к неревматическим поражениям сердца, многие стороны которых до сих пор остаются не выясненными [2, 3].

Под нашим наблюдением находились 53 ребенка в возрасте от 2 до 14 лет (30 девочек, 23 мальчика) с неревматическими миокардитами. Кроме клинического обследования у детей регистрировались ЭКГ и ФКГ в сочетании с функциональными пробами.

Из анамнеза детей выяснилось, что у большинства из них неревматический миокардит возникал или на фоне инфекционного заболевания, или же через несколько дней (от 2 до 9 дней) после него. Чаще всего развитию миокардита у детей в возрасте от 2 до 5 лет предшествовали энтеровирусные инфекции, грипп, пневмония; у детей же старше 5 лет—острые респираторные инфекции, детские инфекционные заболевания (паротит, корь, ветряная оспа и др.), профилактические прививки. Клиника неревматического миокардита также была различной в разных возрастных группах. У детей младшего возраста заболевание часто начиналось остро—с клинических проявлений недостаточности кровообращения различной степени. У детей старшего возраста заболевание имело преимущественно (67%) подострое течение, острое начало отмечалось у 33%. Жалобы у детей были очень разнообразными, чаще всего у них отмечались боли в области сердца. Последние носили различный ха-