

ՍԻՆՈՒՍԱՅԻՆ ՀԱՆԳՈՒՅՑԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՈՎ ՍՐՏԻ ԻՇԵՄԻԿ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԲ ԱՆՁԱՆՑ ՄՈՏ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ
ԾԱՆՐԱՐԵՌՆԵՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԹԹՎԱԾՆԱՅԻՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեծանվաաշխատանքաչափության և շնչառիչափության մեթոդների օգնությամբ ցույց է տրված, որ սինուսային հանգույցի վնասվածքով սրտի իշեմիկ հիվանդությամբ հիվանդներին հոսքի բնական արագությունը ավելի վատ է, քան առողջ անձանց մոտ:

S. V. Klimenkov, L. A. Klimenkova

Oxygen Provision of Physical Loads in Patients with
Ischemic Heart Disease with the Affection of the
Sinus Node

S u m m a r y

By the methods of veloergometry and spiroergometry it has been shown that the oxygen provision of the physical loads in patients with IHD with sinus node affection is worse than in healthy persons.

ЛИТЕРАТУРА

1. Королева М. А., Грудцын Г. В. Кардиология, 1982, 10, 94—98.
2. Клеменков С. В., Шулман В. А., Кусаев В. В., Костюк Ф. Ф. Тер. архив, 1984, 8, 46—49.
3. Abbott J. A. et al. Am. J. Med., 1977, 62, 330—339.
4. Holden W. et al. Ibid., 1978, 40, 923—930.

УДК 616.12—008.46:615.82

А. Х. АКОПЯН, Ш. С. ГОДЖАЕВА, Л. И. АБАСОВА, Р. Л. ДАШТАМИРОВ,
Э. М. БАЙРАМОВА. Ф. Д. МАМЕДОВА

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ,
ОСЛОЖНЕННЫМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ,
С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК
ПО ДАННЫМ ВЭМ ПРОБЫ

Физические тренировки (ФТ) как эффективный метод немедикаментозного лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности ИБС, признан многими авторами [4, 12, 13, 14].

Однако вопрос применения ФТ больным постинфарктным кардиосклерозом (ПК), осложненным сердечной недостаточностью (СН), остается спорным [1, 5, 7, 8, 11, 13, 15—18].

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности комплексного лечения больных ПК с СН с применением ФТ. Как известно, одним из информативных методов оценки эффективности реабилитации больных является ВЭМ проба [2, 9, 13]. 95 мужчинам ПК с СН I и II А стадии в возрасте 33—65 лет (средний возраст $58,4 \pm 0,67$ л) с давностью перенесенного инфаркта миокарда более года, без сопутствующих заболеваний проведена ВЭМ проба в динамике: до лечения, после медикаментозного лечения в стационаре и после 20-дневного лечения ФТ в бакинской «Зоне здоровья» — учреждений полклинического типа.

Таблица

Изменение показателей ВЭМ пробы у больных ПК с СН I и II ст. под влиянием комплексной терапии с применением ФТ в зависимости от ФК, М ± m

	Больные с ФК I—II		Больные с ФК III	
	исходные	после ФТ	исходные	после ФТ
t, мин.	$6,6 \pm 0,8$	$9,9 \pm 1,1$	$5,1 \pm 0,3$	$5,3 \pm 0,2$
	P < 0,05		P > 0,05	
A, кгм.	1740 ± 420	3600 ± 720	$1080 \pm 90,0$	$1140 \pm 60,0$
	P < 0,05		P > 0,05	
Пороговая мощность, в кгм/мин	$345 \pm 30,4$	495 ± 61	$270 \pm 15,4$	$285 \pm 15,0$
	P < 0,05		P > 0,05	
Исходн.	$82,2 \pm 3,5$	$84,8 \pm 2,7$	$79,3 \pm 5,5$	$81 \pm 2,0$
	P > 0,05		P > 0,05	
При порогов. нагр.	$124,3 \pm 5,8$	$117 \pm 7,0$	$118,2 \pm 7,5$	$121,5 \pm 6,5$
	P > 0,05		P > 0,05	
АД сист., мм рт. ст.	$130 \pm 4,0$	$127,5 \pm 4,5$	$126 \pm 5,5$	$126,5 \pm 3,0$
	P > 0,05		P > 0,05	
Исходн.	$177 \pm 11,0$	$182 \pm 8,0$	$161,5 \pm 8,0$	$176 \pm 8,0$
	P > 0,05		P > 0,05	
При порогов. нагр.	$81 \pm 2,0$	$84 \pm 2,5$	$82,5 \pm 3,0$	$85 \pm 2,0$
	P > 0,05		P > 0,05	
АД диаст., мм рт. ст.	$93,5 \pm 3,0$	$100,5 \pm 5,0$	$92 \pm 3,5$	$96,5 \pm 3,0$
	P > 0,05		P > 0,05	
Исходн.	$223,97 \pm 22,5$	$213,15 \pm 21,8$	$191,32 \pm 17,8$	$215,05 \pm 17,5$
	P > 0,05		P > 0,05	
При порогов. нагр.	$15,37 \pm 2,05$	$8,67 \pm 1,42$	$20,97 \pm 3,6$	$19,1 \pm 1,52$
	P < 0,05		P > 0,05	
ДП, усл. ед.				
ИЭ				

59 больных были с СН I стадии (I группа) и 36 больных — с СН II А стадии (II группа). ВЭМ проба проводилась по общепринятой методике. Использована непрерывно возрастающая ступенчатая нагрузка с продолжительностью каждой ступени 3 мин, начальной нагрузкой

150 кгм, увеличением мощности каждой ступени на 150 кгм. Проба прекращалась в соответствии с критериями ВОЗ. Рассчитывались толерантность к физической нагрузке, функциональный класс (ФК), двойное произведение (ДП), общая выполненная работа (А), общее время нагрузки (t), показатель энергозатрат (ПЭ).

Система этапной реабилитации больных включала стационар, бакинскую «Зону здоровья». В стационаре больных находились 10—12 дней, где после первичного обследования назначались им сердечные гликозиды, коронарорасширяющие, при необходимости мочегонные препараты. При переводе больных в «Зону здоровья», кроме обычных клинических характеристик, указывались результаты ВЭМ пробы, выполненной при выписке из стационара, поддерживающие дозы медикаментов.

В бакинской «Зоне здоровья» продолжалось лечение с применением ФТ по щадяще-тренирующему и щадящему режиму. Затем больным выдавалась «Памятка» с рекомендацией медикаментозной терапии и ФТ в домашних условиях.

В тренирующие режимы входили лечебная гимнастика (ЛГ) и дозированная ходьба (ДХ), которая начиналась с дистанции 1000 м, с прибавлением каждые 4—5 дней по 500—700 м и доводилась до 3000—4000 м. Темп ходьбы 80—100 шагов в 1 мин, отдых каждые 500—700 м по 5—10 мин. Занятия по ЛГ проводились под контролем врачей малогрупповым методом, ежедневно по 15—30 мин.

После лечения в стационаре у больных I группы отмечался прирост t на 7,3%, а после «Зоны здоровья» — на 12,4%, объем А соответственно повысился на 9,4 и 16,3%, мощность последней ступени (МПС), на 7 и 8,5%, а у больных II группы после «Зоны здоровья» прирост t составил 14,3%, объем А повысился на 19,5%, МПС на 11,6%, а ПЭ снизился на 38,3%. При исследовании через 6—12 месяцев наблюдались дальнейшие положительные сдвиги показателей ВЭМ пробы. У больных I группы продолжительность t повысилась на 7%, объем А — на 15,7%, МПС на 7,3%, ДП — на 8,34%, а ПЭ снизился на 36,16%. Во II группе эти сдвиги были более выраженными: продолжительность t повысилась на 29,8%, объем А — на 57,14%, МПС — на 33,33%, ДП не изменился, а ПЭ снизился на 40%, что согласуется с литературными данными [6]. Имеются сообщения о наименьшей эффективности ДХ у больных со стенокардией, с меньшим коронарным резервом [3, 10].

Исходя из этого, мы изучали показатели ВЭМ пробы у больных со стенокардией напряжения I—II ФК и III ФК (табл.). Полученные результаты показали, что у больных со стенокардией напряжения III ФК существенных изменений в показателях ВЭМ пробы под влиянием ФТ не было. У больных с более благоприятным ФК (I—II) прирост t составил 50%, объем А повысился на 106,8%, МПС на 43,7%, ДП — почти не изменился, а ПЭ снизился на 43,5%.

Таким образом, под влиянием комплексного лечения стационар-бакинская «Зона здоровья» у больных ПК с СН I и II А стадии отме-

чается повышение толерантности к физической нагрузке, объема А, прирост t , снижение ПЭ.

После длительных физических тренировок отмечается дальнейшее улучшение функционального состояния миокарда. Выявлена зависимость показателей ВЭМ пробы от функционального класса: при I—II ФК отмечены более выраженные положительные сдвиги, чем при III ФК.

Все вышесказанное позволяет считать целесообразным внедрение комплексного метода лечения больных ПК с НС I и II А стадии, с применением физических тренировок, включающего 10—12-дневное пребывание больных в стационаре для подбора адекватной медикаментозной терапии, дальнейшее амбулаторное лечение, включающее тренирующие режимы в течение 20 дней в бакинской «Зоне здоровья» и длительные физические тренировки в домашних условиях.

НИИ кардиологии МЗ Азерб. ССР

Поступила 12/VII 1987 г.

Ա. Խ. ՀԱԿՈՅԱՆ, Շ. Ս. ԳՈԶՅԱՅԵՎԱ, Լ. Ի. ԱԲԱՍՈՎԱ,
Բ. Լ. ԴԱՇՏԱՄԻՐՈՎ, Է. Մ. ԲԱՅՐԱՄՈՎԱ, Ֆ. Դ. ՄԱՄԵԴՈՎԱ

ՄՐՏԱՅԻՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՄԲ ԲԱՐԴԱՑԱՄ ՀԵՏԻՆՖԱՐԿՍԱՅԻՆ
ԿԱՐԴԻՈՍԿԼԵՐՈԶՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ՄԱՐԶՄԱՆ
ԿԻՐԱՌՄԱՄԲ ԿՈՄԴԼԵՔՍԱՅԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅՈՒՆԸ
ԸՍՏ ՀԵՄԱՆՎԱՍՇԽԱՍԱՆՔԶԱՓՈՒԹՅԱՆ (ՀԱԶ) ՓՈՐՁԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ

Ա մ փ ն փ ու մ

Սրտամկանի ինֆարկտ անցկացրած հիվանդների ֆիզիկական մարզումների կիրառամբ կոմպլեքսային բուժումը ի հայտ է բերել ՀԱԶ փորձի ցուցանիշների դրական տեղաշարժեր և կարող է առաջարկվել որպես արդյունավետ մեթոդ հիվանդների վերականգնման համար:

A. Kh. Hakopian, Sh. S. Godjajeva, L. I. Abasova, R. L. Dashtamirov,
E. M. Bayramova, F. D. Mamedova

The Estimation of the Effectivity of Complex Treatment of
Patients with Postinfarctial Cardiosclerosis, Complicated by
Cardiac Insufficiency with Application of Physical
Trainings According to VEM Test

S u m m a r y

The complex treatment of patients after myocardial infarction with application of physical trainings revealed positive shifts of VEM-test indices and can be recommended as one of the effective methods for the rehabilitation of the patients.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алешин И. А. Кардиология, 1983, 1, 79—82.
2. Аронов Д. М., Абдуллаев Н. А. Кардиология, 1985, 7, 94—98.
3. Аронов Д. М., Жукова Л. В. Кардиология, 1983, 1, 75—79.
4. Аронов Д. М., Николаева Л. Ф., Соболева В. А. Кардиология, 1980, 6, 22—28.
5. Гавалова Р. Ф., Днепровская И. И. В кн.: «Современные проблемы сер-

- дечно-сосудистой патологии», «Наука», 1982, 115—122. 6. Крол В. А. Тер. архив, 1981, 8, 85—87. 7. Люсов В. А., Матусова А. П., Померанцев В. П. и др. Методические рекомендации. М., 1979. 8. Маркарян С. С., Пательчук А. К., Шарфнадель М. Г. Кардиология, 1980, 6, 38—40. 9. Матусова А. П., Бубель М. С., Гладков В. В. и др. Кардиология, 1980, 6, 31—35. 10. Следзевская И. К., Высоцкая Ж. М. Тер. архив, 1980, 2, 31—34. 11. Следзевская И. К., Ильяш М. Г. Кардиология, 1978, 1, 111—114. 12. Шарфнадель М. Г., Аронов Д. М. Кардиология, 1980, 6, 35—38. 13. Шхвацабая И. К., Аронов Д. М., Зайцев В. П. М., «Медицина», 1978. 14. Degre S., Lenacets A., Messin R. et al. Cardiology, 1979, 64, 1, 35—47. 15. Frick M. H. Mel. Cardiovasc., 1969, 1—2, 331—33. 16. Messon R. Ann. Cardiol. Angenol., 1978, 27, 7, 543—548. 17. Rossier P. H., Bühlmann A. Cor et Vasa, 1965, 7, 1, 1—7. 18. Zhuravlyova S., Maslova M., Ryzhkova M. The IX-th World Congr. Cardiol., 1982.

УДК 616.12—005.4—085.224:577.31

С. В. ГРИГОРЯН, М. А. АСАТРЯН

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ХРОНОТЕРАПИИ И МОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Благодаря успешному развитию хрономедицины, в настоящее время появилась возможность обоснования принципов хронотерапии лекарственными препаратами в кардиологической практике [1—7]. Цель настоящей работы—определение сравнительной эффективности антиангинального лечения больных со стабильной стенокардией напряжения, проведенного методом хроно- и монотерапии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 106 больных со стабильной стенокардией напряжения (II и III функциональный класс), из них 43 с постинфарктным кардиосклерозом. Возраст больных в среднем составляет $51,4 \pm 0,8$ лет, продолжительность заболевания около 4 лет. Больным было проведено биоритмологическое обследование и выявлены максимальные изменения кардио- и гемодинамики в течение суток. Данные рассчитывались методом косайнор-анализа, модифицированного [1]. Антиангинальная терапия методом хронотерапии была назначена с учетом фармакодинамики антиангинальных препаратов, а также акрофазы (времени максимальных изменений) тех функциональных показателей, на которые непосредственно влияет данный препарат. Так, учитывая, что антиангинальный эффект пропранолола в основном обусловлен его отрицательным хронотропным действием и максимум его проявляется через 2 часа после приема препарата, целесообразнее назначать его в дозе 40 мг за 2 часа до наступления акрофазы суточных изменений частоты сердечных сокращений. Верапамил, учитывая его отрицательный хроно- и инотропный эффекты, назначали в среднем в дозе 80 мг за 2 часа до наступления акрофазы суточных изменений частоты сердечных сокращений и артериального давления. При назначении нитратов учитывается их отрицательный инотропный эффект; 6,4 мг сустика назначается за 1 час до наступления акрофазы артериального давления. Хронотропию антиангинальными препаратами можно проводить также в зависимости от времени максимального ухудшения клинического состояния больного в течение суток. Больные при этом ведут дневник, где в течение 2—3 суток записывают количество, интенсивность и продолжи-