

I. I. Myagkov, V. R. Trotsyuk, M. Ya. Yasnitskaya, L. V. Zorya,
V. D. Prishlyak, G. D. Zhulkevich

Callicreine Kininic and Coagulating Systems of the Blood at Different Stages of Myocardial Infarction

Summary

The data of the studies of kininic and coagulating systems of the blood in patients with myocardial infarction at different stages of physical rehabilitation are brought in the article. It is established that the activity of these systems increases acutely, especially in the acute stage of myocardial infarction and in a greater degree at the presence of hypertensive disease.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балуда В. П., Маляровский В. Н., Ойсин И. А. Лабораторные методы исследования свертывающей системы крови. М., Медгиз, 1962, 188.
2. Веремеенко К. Н. Кинниновая система. Киев, «Здоров'я», 1977, 138.
3. Веремеенко К. Н., Голобородько О. П., Кизим А. И. Протеолиз в норме и при патологии. Киев, «Здоров'я», 1988, 199.
4. Иванов Е. П. Диагностика нарушений гемостаза. Минск, Беларусь, 1983, 222.
5. Кисилев В. И., Рыжков А. А., Уланов А. П., Куликов В. П., Панченко А. Л. Тер. архив. 1982, 12, 87—90.
6. Лещинский Л. А., Пименов Л. Т., Суднева Л. И. Сов. медицина, 1983, 4, 61—65.
7. Люсов В. А., Белоусов Ю. Б., Бокарев И. Н. Лечение тромбозов и геморрагий в клинике внутренних болезней, М., Медицина, 1976, 192.
8. Монцевичюте-Эрингене Е. В. Пат. физиол. и экспериментальная терапия, 1964, 4, 71—78.
9. Мягков И. И., Ясницкая М. Я., Пришляк В. Д., Бадюк Р. А., Чернявская Г. Ф., Гариян М. П., Попович Г. А. Состояние кининовой и свертывающей системы крови у больных инфарктом миокарда. Республиканская конференция «Проблемы ишемической болезни сердца». Тезисы докладов. Киев, 1986, 17—18.
10. Мягков И. И., Ясницкая М. Я., Охримович Л. М., Пришляк В. Д., Бадюк Р. А., Жура И. И., Сергеев Л. Н. Состояние компонентов калликреин-кининовой системы крови у больных гипертонической болезнью, стенокардией и инфарктом миокарда. Республиканский межведомственный сборник «Гипертоническая болезнь, атеросклероз и коронарная недостаточность», Киев, «Здоров'я», 1988, 20, 71—74.
11. Мягков И. И., Ясницкая М. Я. и др. Кардиология, 1985, 88—91.
12. Пасхина Т. С., Егорова Т. П., Зыкина В. П. и др. В кн.: «Современные методы в биохимии», М. Медицина, 1968, 232—261.
13. Cochrane C. J., Ullevith J. In: Biological Amplification Systems in Immunology, 5, 1977, 205—207.
14. Colman K. W. Formation of human plasma kinine. N. Eng. J. Med., 1971, 291, 5, 509—515.
15. Murano K. Am. J. Haematol., 1978, 5, 409—417.

УДК 616.12—08

Р. С. ГАБРИЕЛЯН, А. А. НАЛЯН, Л. С. ОГАНЕСЯН, М. А. АСАТРЯН

ОСОБЕННОСТИ ТРАКТОВКИ ПОКАЗАТЕЛЯ «ДВОЙНОЕ ПРОИЗВЕДЕНИЕ» ПРИ ФИЗИЧЕСКОМ НАГРУЗОЧНОМ ТЕСТЕ У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА

Среди параметров, характеризующих функциональное состояние миокарда при физическом нагрузочном тесте, особое место занимает

так называемое «двойное произведение» (ДП) или сердечный нагрузочный индекс, косвенно отражающий миокардиальное потребление кислорода на высоте нагрузки [1, 2, 3].

Известно, что имеется тесная корреляционная связь между величиной ДП и клинической картиной заболевания, а также между «двойным произведением» и депрессией сегмента ST при ишемической болезни сердца [3, 4, 7].

Однако, если при достоверной ИБС высокие цифры ДП указывают на хорошее функциональное состояние миокарда, а его уменьшение пропорционально тяжести коронарных поражений и ухудшению функционального состояния миокарда, то, по нашим данным, при функциональных заболеваниях сердца (нейро-циркуляторная дистония) этот показатель следует оценивать иначе: его высокие значения могут быть обусловлены неадекватным учащением ЧСС или подъемом САД вследствие вегетативной дисфункции, что подтверждается динамикой вегетативного индекса. Аналогичные данные получены и другими авторами [5, 6].

Материал и методы. Наряду с тщательным клиническим анализом и рядом других дифференциально-диагностических тестов проводился ВЭМ-тест по прерывисто-возрастающей методике у 50 больных НЦД и 21 больного атипичной начальной (а. н.) формой ИБС («достонокардитическая» стадия). Средний возраст больных НЦД— $34,3 \pm 0,93$, ИБС— $41,8 \pm 1,7$.

При этом внутри группы НЦД была сформирована контрольная группа (21 больной) из лиц с сохранной физической работоспособностью (I группа НЦД), во II группу вошли 21 больной НЦД со сниженной работоспособностью, составляющей в среднем $80,4 \pm 2,1\%$ от должного уровня. Проводилось сравнительное изучение ряда гемодинамических и ЭКГ-параметров, а также в I и II группах НЦД с целью выявления факторов, лимитирующих физическую работоспособность определен также вегетативный индекс-индекс Кердо:

$ВИ = \left(I - \frac{d}{p} \right) \times 100$. Полученные данные подвергнуты компьютерной обработке на вычислительном комплексе семейства микро-ЭВМ «Электроника-60» и мини-ЭВМ «Электроника-125». Программы написаны на языке АССЕМБЛЕР. Достоверность данных выбрана в пределах, допустимых для медицинских исследований ($P < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. При сравнении величины «двойного произведения» в целом между группами НЦД и а. н. ИБС существенных различий не выявлено (рис. 1). Однако при сравнении характера гемодинамических сдвигов у двух групп больных НЦД (I—контрольная и II—со сниженной работоспособностью) отмечаются достоверно более высокие значения ЧСС и соответственно ДП у II группы на всем протяжении физического теста (рис. 2, 3).

При этом достоверных различий между группами по реакции САД не выявлено, что дает основание связывать их (более высокие

значения ДП во II группе) с неэкономным расходованием хронотропных резервов миокарда, вероятно, вследствие более выраженной вегетативной дисфункции у этих больных. Такой ход рассуждений подтверждается и рассчитанной нами динамикой вегетативного индекса Кердо (ВИ) и $\Delta \text{ВИ} = (\text{Винагр.} - \text{ВИпокоя})$.

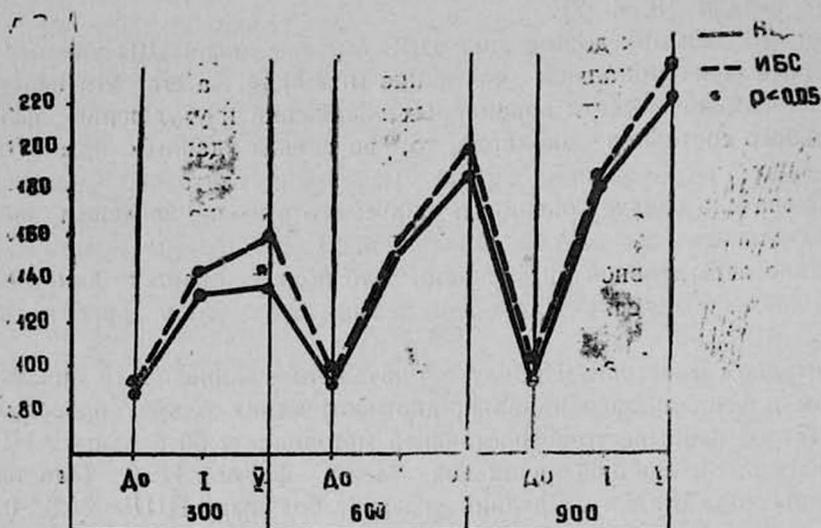


Рис. 1. Динамика показателя «двойное произведение» при ВЭМ-тесте у больных ИЦД и а. н. ИБС.

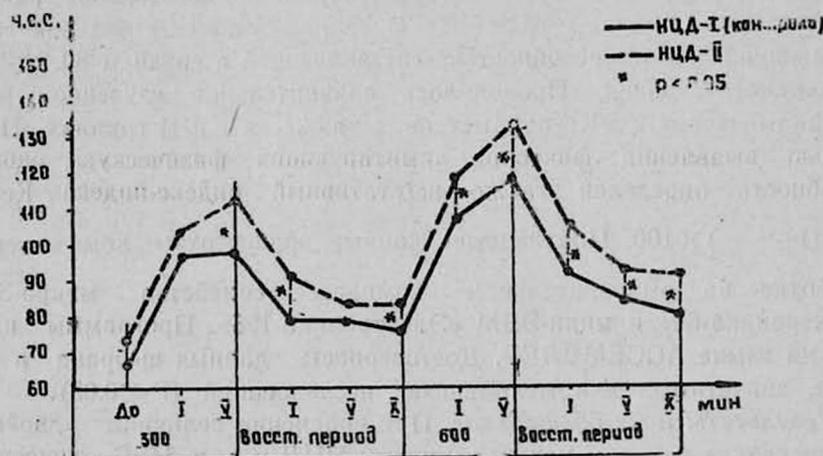


Рис. 2. Динамика ЧСС при ВЭМ-тесте в двух группах больных ИЦД. (I—контрольная и II—со сниженными параметрами физической работоспособности).

Привлекает внимание тот факт, что при довольно высоких параметрах физической работоспособности нами получены более низкие величины ДП на высоте нагрузки. Согласно данным Аронова Д. М. и соавт. (1982) I функциональному классу соответствует величина

двойного произведения 278 ЕД и более, II—218—277 ЕД. Gobel и соавторы считают, что уменьшение величины ДП указывает на стенозирование одной и более коронарных артерий. У наших больных максимальные значения двойного произведения не превышали 220 ЕД в группе а. н. ИБС, что, вероятно, связано с особенностями физического теста по этой методике—наличием 10-минутных периодов отдыха между тремя уровнями нагрузки, в течение которых почти восстанавливались исходные показатели ЧСС, САД и, следовательно, исходный уровень ДП. К тому же, большая длительность нагрузочного теста в целом способствовала лучшей адаптации к нему, в связи с чем повышения ЧСС и САД при максимальной нагрузке были не столь значительные и давали меньшие значения «двойного произведения».

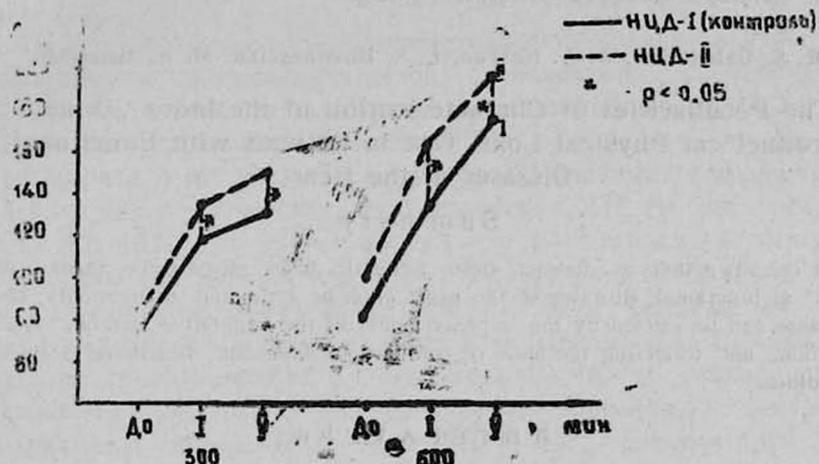


Рис. 3. Динамика показателя «двойное произведение» в двух группах больных ИЦД. (I—контрольная и II—со сниженными параметрами физической работоспособности).

Таким образом, большие значения «двойного произведения» у больных II группы ИЦД (со сниженной работоспособностью) по сравнению с контрольной группой в сочетании с большими колебаниями ЧСС и вегетативного индекса дают основание заключить, что в трактовке этого показателя при функциональных заболеваниях сердца необходимо учитывать выраженность дисфункции вегетативной нервной системы у этих больных. В то же время такой подход дает основание более качественно оценивать этот показатель и у больных с достоверной ишемической болезнью сердца, принимая во внимание и степень имеющихся у них функциональных наслоений.

В отличие от достоверной ишемической болезни сердца показатель «двойное произведение» при функциональных заболеваниях не отражает состояние коронарного резерва и функционального состояния миокарда, а в основном является отражением дисфункции вегетативной нервной системы. Это необходимо учитывать как у больных с функциональными заболеваниями сердца, так и при достоверной ИБС с той или иной степенью функциональных наслоений.

Ք. Ս. ԳԱՐՐԻԵԼՅԱՆ, Ա. Ա. ՆԱԼՅԱՆ, Լ. Ս. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ, Մ. Ա. ԱՍՏՏՐՅԱՆ

«ԿՐԿՆԱԿԻ ԱՐԳԱՍԻՔ» ՑՈՒՑԱՆԻՇԻ ԲՆՈՒԹԱԳՐՄԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՍՐՏԻ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ՀԻՎԱՆԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ
ՀԻՎԱՆԿՆԵՐԻ ՄՈՏ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԾԱՆՐԱԲԵՈՒՆՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՏԻ
ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ու մ

Ցույց է տրված, որ ի տարբերություն սրտի ստույգ իշեմիկ հիվանդությունից «կրկնակի արգասիք» ցուցանիշը սրտի ֆունկցիոնալ հիվանդությունների ժամանակ պետք է գնահատել ալլ կերպ, քանի որ նրա բարձր արժեքները կարող են պայմանավորված լինել վեգետատիվ նյարդային համակարգի դիսֆունկցիայի արտահայտվածությամբ, բայց չեն արտացոլում պատճառն պահեստի և սրտամկանի ֆունկցիոնալ վիճակը:

R. S. Gabrielian, A. A. Nalyan, L. S. Hovanesian, M. A. Asatrian

The Peculiarities of Characterization of the Index „Double Product“ at Physical Load Test in Patients with Functional Diseases of the Heart

Summary

It is shown that as distinct from ischemic heart disease the index „double product“ at functional diseases of the heart must be estimated differentially, because its increase can be caused by the expressiveness of the vegetative nervous system's-disfunction, not reflecting the state of coronary reserve and functional state of the myocardium.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аронов Д. М. Кардиол., 1977, 11, 73—79.
2. Аронов Д. М. Кардиол., 1978, 5, 109—113.
3. Гасилин В. С., Аникин В. В., Лупанов В. П., Мазаев В. П. Кардиол., 82, 1, 11—15.
4. Аникин В. В. Кардиол., 1981, 4, 102—103.
5. Клемина И. С., Липовецкий Б. М. Тер. архив, 1984, 8, 35—39.
6. Карпов Р. С., Лобова И. В. и соавт. Тер. архив, 1984, 2, 45—48.
7. Gobel F. M. et al. Circul., 1978, 57, 549—557.

УДК 616.12—008.331.1—07

С. В. ГУРГЕНЯН, Г. В. ПОГОСОВА, Е. С. МИКАЕЛЯН

ПСИХОРЕЛАКСАЦИОННЫЙ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ
МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОГРАНИЧНОЙ И МЯГКОЙ
ГИПЕРТОНИЕЙ

В связи с большой актуальностью проблемы артериальной гипертонии (АГ) продолжается интенсивный поиск новых направлений в лечении этого широко распространенного заболевания. Больные пограничной и мягкой гипертонией представляют особую группу больных АГ, у которых еще не наблюдается ярких признаков болезни