

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

и целесообразность проведения у них фармакотерапии для снижения артериального давления (АД) вызывает много сомнений. Известно, что длительный прием антигипертензивных препаратов приводит к целому ряду нежелательных побочных воздействий, снижает «качество жизни» этих больных [3, 6, 8]. Поэтому в последнее время большое внимание уделяется немедикаментозным методам лечения АГ, в частности, психотерапии. Исследования показали, что одной из наиболее эффективных психотерапевтических методик, применяемых при АГ, является методика психорелаксации [1, 9]. Однако, несмотря на большое число работ по данной проблеме, в литературе имеются очень разноречивые данные относительно эффективности релаксационной терапии при АГ и механизмах ее гипотензивного воздействия [12].

Цель настоящего исследования—провести сравнительную оценку эффективности немедикаментозной (релаксации) и медикаментозной терапии у больных с пограничной гипертонией (ПГ) и мягкой формой гипертонической болезни (ГБ).

Материал и методы. Обследованы 32 больных в возрасте 19—45 лет, из них у 22 человек диагностирована ПГ (уровень диастолического АД—АД —90—94 мм рт. ст.) и у 10—1 стадия (мягкая форма) АГ (уровень АД 95—104 мм рт. ст.). Распределение больных проводилось по рекомендациям ВОЗ, 1978 [13]. Всем больным при поступлении в стационар и повторно через 4—6 недель после лечения проводились радиокордиография с использованием ^{131}I и эхокардиография в М-режиме. Регистрировались следующие параметры центральной гемодинамики: систолическое АД_с (АД_с), АД_г, среднее АД_г (АД_{ср}), сердечный индекс (СИ), ударный индекс (УИ), общее периферическое сопротивление (ОПС), а также частота сердечных сокращений (ЧСС) по измерению интервала R-R ЭКГ. Определялись и структурные показатели левого желудочка по данным эхокардиографии: относительная толщина стенки левого желудочка (ОТС) по формуле Z. A. Vensel [11], $\text{ОТС} = 2 \times \text{ТЗС} / \text{КДР}$, где ТЗС—толщина задней стенки левого желудочка в диастоле, КДР—конечный диастолический размер; и податливость артериальной стенки (ПАС)— $\text{ПАС} = \text{УИ} / \text{ПД}$, где ПД—пульсовое давление ($Z_{\text{пас}}$) [7]. Для психологического обследования больных применялся сокращенный многофакторный опросник для исследования личности СМОЛ [2].

Методом случайного отбора больные были разделены на 2 группы: I группа (основная)—16 больных, которым проводился курс прогрессивной мышечной релаксации и дыхательного релаксационного тренинга (10—12 занятий) и II группа (контрольная)—16 больных, которые получали медикаментозную терапию с окспренололом (тразизором) в дозе 60—80 мг/день/3 приема.

Результаты и обсуждение. В исходном состоянии основная и контрольная группы были сопоставимы по уровню АД_с, АД_г, АД_{ср}. При динамическом наблюдении за 4—6 недель выявлено достоверное

снижение систолического, диастолического АД как в основной группе с применением релаксации, так и в контрольной группе—с применением окспренолола (табл. I)

Таблица I

Изменение параметров гемодинамики под влиянием лечения в основной и контрольной группах ($M \pm m$)

Параметры гемодинамики	Основная группа		Контрольная группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
АДс, мм рт. ст.	144,1±1,4	126,3±2,1***	146,4±1,7	118,8±1,4***
АДп, мм рт. ст.	94,5±0,9	75,3±1,4***	93,8±0,9	78,8±1,4***
АДср	110,9±1,09	88,9±1,6***	112,1±1,3	86,9±1,2***
ЧСС, мин	79,4±2,1	71,8±1,6*	83,3±2,7	77,5±1,4
СИ, л/мин×м ⁻²	3,8±0,2	3,62±0,1	4,1±0,1	3,76±0,1*
УИ, мл/м ²	48,1±1,9	49,0±1,3	49,2±1,9	48,7±1,1
ОПС, дин×сексм ⁻⁵	1295,9±63,7	1083,5±36,0*	1191,4±45,3	1081,1±41,9
ПАС	0,98±0,05	1,17±0,05	0,96±0,07	1,19±0,03*
ОТС	0,42±0,01	0,41±0,02	0,42±0,02	0,45±0,01

Примечание: звездочкой отмечена степень достоверности: *— $P < 0,05$; ***— $P < 0,001$.

В основной группе произошло достоверно более выраженное снижение АД_г ($-19,2 \pm 0,5$ мм рт. ст.), чем в контрольной группе ($-15,0 \pm 0,5$ мм рт. ст.; $P < 0,001$). Следовательно, гипотензивные эффекты релаксационной терапии (РТ) и малых доз окспренолола сопоставимы, причем с более акцентированной динамикой АД_г в основной группе. Снижение АД в группе больных, получавших РТ, сопровождалось достоверным урежением ЧСС (на 9,6%) и достоверным снижением ОПС (на 16,4%). В то время как снижение АД в контрольной группе сопровождалось достоверным уменьшением СИ (на 8,3%); изменения ОПС были незначительны. Эти данные согласуются с положением о том, что с помощью психорелаксации можно повлиять на повышенную симпатико-адренергическую активность и реактивность [4]. Выявленное нами снижение ЧСС, которое, вероятно, коррелирует с симпатической стимуляцией, а также уменьшение периферической вазоконстрикции за счет понижения альфа-адренергического тонуса у больных мягкой формой АГ под влиянием курса релаксации позволяют проследить механизмы антигипертензивного действия РТ.

Некоторые исследования свидетельствуют о воздействии РТ и на структурные параметры левого желудочка [5]. Однако мы не обнаружили достоверного изменения одного из наиболее чувствительных структурных показателей левого желудочка—ОТС в диастоле у больных лабильной АГ после курса РТ. В то же время выявлена достоверная положительная динамика в отношении податливости артериальной стенки как в основной, так и в контрольной группах (табл. I). Повышение ПАС под влиянием психорелаксации, вероятно, связано с непосредственными кортикально-субкортикальными воздействиями на стенку периферических сосудов [10].

У больных, получавших РТ, наблюдались положительные сдвиги и в психологическом статусе, Субъективно больные отмечали улучшение общего самочувствия, удовлетворенность тем, что овладели новой методикой, избавлены от необходимости принимать антигипертензивные препараты. Объективно выявлено достоверное снижение усредненного профиля теста СМОЛ основной группы по шкалам невротической триады [1—3] и по 6-й шкале, что свидетельствует о снижении тревожности, ипохондрической настроенности, уменьшении психологического дискомфорта. В контрольной группе изменений показателей теста СМОЛ не обнаружено.

Полученные нами данные позволяют заключить, что психорелаксационную терапию можно применять у больных пограничной АГ и мягкой формой ГБ как изолированный метод лечения, сравнимый по своим результатам с гипотензивным воздействием фармакотерапии. Метод позволяет снизить стоимость лечения за счет экономии антигипертензивных препаратов, а также избежать проблем, связанных с побочными эффектами препаратов, свести к минимуму их нежелательное воздействие на «качество жизни» больных мягкой формой АГ.

Институт кардиологии им.
Л. А. Оганесяна МЗ РА

Поступила 15/1 1990 г.

Ս. Վ. ԳՈՒՐԳԵՆՅԱՆ, Գ. Վ. ՊՈՂՍՈՎԱ, Ե. Ս. ՄԻՔԱՅԵԼՅԱՆ

ՀՈԳԵՐԵԼՆԱԿՍԱՏԻՈՆ ԵՎ ԴԵՂՈՐԱՑՔԱՅԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵԹՈԴԻՆԵՐԸ
ՍԱՀՄԱՆԱՑԻՆ ԵՎ ԹԵԹԵՎ ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՑԻՆ
ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԱՑՈՎ ՀԻՎԱՆԴԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ո ս մ

Հոդվածում արված է սահմանափակ և թեթև զարկերակային հիպերտոնիայով (ՋՁ) հիվանդների բուժման արդյունավետության համեմատական գնահատականը հոգերիլաքսացիայի և ֆարմակոթերապիայի մեթոդների միջոցով: Ստացված արդյունքները վկայում են այն մասին, որ հոգերիլաքսացիան կարելի է կիրառել որպես առանձին բուժման մեթոդ սահմանափակ և թեթև ՋՁ հիվանդների մոտ:

S. V. Gurgonian, G. V. Pogossova, E. S. Mikaelian

Psychorelaxative and Medicinal Methods in Treatment of Patients With Borderline and Mild Hypertension

S u m m a r y

Comparative estimation of treatment efficiency using methods of psychorelaxation and pharmacotherapy in patients with borderline and mild arterial hypertension was presented in this study. Results revealed testify to that psychorelaxation can be used as an isolated method in the treatment of patients with early stages of arterial hypertension.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Айвазян Т. А., Зайцев В. П., Юрнев А. П. Кард. 8, 1987.
2. Зайцев В. П. Психол. ж., 1981, 2, 3, 118—123.
3. Curb J. D., Borhani N. O., Blaszkowski T. R. et al. Am. J. Prev. Med., 1985, 1, 36—40.
4. De-Ping Lee, De Quattro V., Allen J. et al. Amer. Heart J., 1988, 116, (2p2), 637—644.
5. De-Quattro V., Шхвацабая И. К., Юрнев А. П. с соавт. Кард., 1986, 1.
6. Jachuck S. J., Brierley H., Jachuck S. et al. J. R. Coll. Gen. Pract., 1982, 32, 103—105.
7. Lutas E. M., Devereux R. B., Rets G. et al. Hypertension, 1985, 7, 979.
8. Nies A. S. Am. J. Med., 1975, 58, 495—503.
9. Patel C., Marmot M. G., Terry P. J. et al. Br. Med. J., 1985, 290, 1103—1106.
10. Vensel L. A., Devereux R. B., Pickering T. G. et al. Am. J. Cardiol., 1986, 58, 575.
11. Richter-Heinrich E., Heinrich B., Homuth V., Schmidt K. H., Wiedemann R. Das deutsche Gesundheitswesen. Zeitschrift für klinische Medizin.—1981, 36, 33.
12. Weiss S. M. Amer. Heart J., 1988, 116, (2p2), 645—649.
13. World Health Organization Technical Report Series, 628, Geneva, 1978 (Arterial Hypertension).

УДК 616.12—005.4—053

А. В. ДАВТЯН

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ ИБС МОЛОДОГО ЗРЕЛОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТОВ

Известно, что негативное воздействие факторов риска (ФР) при ИБС на сердечно-сосудистую систему не прекращается и после развития заболевания [1, 2, 4]. Одним из альтернативных показателей функционального состояния сердца является уровень его физической переносимости. С целью выявления значимости отдельных альтернативных ФР, лимитирующих уровень толерантности сердца к физической нагрузке, нами при проведении ВЭМ исследований у больных с ИБС изучалась корреляционная взаимосвязь между величиной пороговой мощности нагрузки и выраженностью отдельных факторов риска. Для определения значимости влияния ФР, подвергающихся значительным изменениям в зависимости от возрастных морфо-функциональных особенностей организма, изучение вопроса проводилось по возрастным группам больных.

Материал и методика. Обследование проведено у 219 больных ИБС по методике ВОЗ с учетом разработанных и дополненных в ВКНЦ АМН СССР (1983) критериев. В соответствии со степенью выраженности было изучено влияние на уровень ПМН кгм/мин следующих альтернативных ФР: гиперхолестеринемии (ГХ), (незначительной—ГХ₁, умеренной—ГХ₂, выраженной—ГХ₃), артериальной гипертензии (мягкой—АГ₁, умеренной—АГ₂, выраженной—АГ₃); курения (выкуриванием в течение дня до 10 сигарет—К₁, до 20 сигарет—К₂, более 20 сигарет—К₃), употребления алкоголя (изредка—А₁, постоян-