

Таким образом, стабильность показателей гемодинамики, электролитного баланса, отсутствие сдвигов со стороны КЩС, газов крови, содержания глюкозы, гликолитических субстратов позволили заключить, что разработанная методика внутривенного введения нубаина в комбинации с тиюанальгетиком, фторотаном оказывает умеренное стимулирующее влияние на сердечно-сосудистую систему и адекватно защищает организм от операционной травмы.

Ереванский филиал ВНЦХ АМН СССР

Поступила 9/IX 1990 г.

Ռ. Տ. ՎԻՐԱՐՅԱՆ, Լ. Գ. ՄԻՐԱՅԱՆ, Ա. Ռ. ՄՈՒՐԱԴՅԱՆ, Դ. Կ. ՏԵՐ-ՄԻԿԱԵԼՅԱՆ  
ԶՈՒԳԱՎՅՎԱԾ ԱՆԶԳԱՅԱՑՄԱՆ ՄԵԹՈՂԸ ՈՉ ԹՄՐԱԴԵՂԱՅԻՆ ՑԱՎԱԶՐԿՈՂ  
ՆՈՒՐԱՒԻՆԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄՈՎ

### Ա Վ Փ Ն Փ Ո Ւ Մ

*Մշակված և հիմնավորված է ոչ թմրադեղային նոր ցավազրկող նուբաինի օգտագործումը որպես կետամիեոլ և ֆտորոթանոլ զուգակցված անզգայացման բաղադրիչ:*

R. T. Virabian, L. G. Mirassian, A. R. Mouradian, D. K. Ter-Mikaelian

### The Method of Combined Anesthesia with Application of a Nonnarcotic Analgetic Nubain

It is worked out a method of application of a new nonnarcotic analgetic nubain in combined anesthesia with cetamin and halothane.

УДК 616—005.4:615.851

М. О. МАМАТВАРИШВИЛИ, Д. А. ХВИТАРИЯ, З. Т. ПАГАВА,  
М. Ш. ЦИСКАРИДЗЕ, М. Д. МАЙСУРАДЗЕ

### КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Аутогенная тренировка (АТ), метод саморегуляции психических и физиологических функций, обладает широким спектром лечебного воздействия [2—6]. Однако на сегодняшний день недостаточно изучено влияние метода на соматический статус больных ишемической болезнью сердца (ИБС), отсутствуют сведения и о значении АТ в системе стационарного лечения. В связи с этим целью данного исследования являлось изучение динамики соматического статуса больных ИБС под влиянием АТ в условиях стационара.

*Материал и методы исследования.* Обследовано 130 мужчин, больных ИБС в возрасте от 32 до 60 лет, находящихся на стационарном

лечении в НИИ кардиологии МЗ ГССР. На основании клинико-функционального исследования стенокардии (СТ) без очагового поражения миокарда диагностирована у 70, инфаркт миокарда (ИМ) — у 60 больных. В основную группу вошли 69 больных, которым наряду с комплексным медикаментозным лечением были проведены 8—10 сеансов АТ. В контрольной группе (61 больной) психологическая коррекция не проводилась.

Занятия АТ проводились 5 раз в неделю, в открытых, негомогенных группах, в позе — «полулежа в кресле». Использована модификация АТ, разработанная в ВКНЦ АМН СССР, в которой исключены словосочетания «тяжесть в теле» и «работа сердца».

Критериями эффективности АТ избраны:

1. Динамика сердечно-болевого синдрома (СБС) — уменьшение, исчезновение или отсутствие изменений в частоте и интенсивности болевых ощущений (определялась по жалобам больных и уменьшению доз коронароактивных препаратов).

2. Динамика толерантности к физической нагрузке (ФН) оценивалась как выраженная положительная в случае повышения степени нагрузки. Увеличение объема выполненной работы без увеличения степени нагрузки, при улучшении показателей пульса, артериального давления и ЭКГ, относили к слабовыраженной положительной динамике.

3. Динамика психического статуса оценивалась методом клинического наблюдения и с помощью теста СМОЛ (сокращенный многофакторный опросник для исследования личности) [1]. Тестирование производилось при поступлении в стационар и перед выпиской.

*Результаты исследования и их обсуждение.* В зависимости от характера СБС обследованные лица распределились следующим образом: типичная СТ встречалась в 16,2% случаев (21 больной), атипичные боли в грудной клетке колющего, ноющего характера (кардиалгия) выявлена в 22,3% (29 больных), в 57,9% случаев (74 больных) отмечено сочетание СТ с кардиалгией (комплексный СБС). За период наблюдения боли отсутствовали у 6 больных, перенесших ИМ.

Выявлено, что больные с кардиалгией труднее осваивали приемы АТ, поскольку болевые ощущения, часто возникающие в покое, препятствовали концентрации внимания во время занятий. Однако к концу курса АТ исчезновение кардиалгии наблюдалось достоверно чаще (43,8% случаев), чем у больных с СТ (30,0% случаев) и комплексным СБС (17,9% случаев) ( $\chi^2=7,93$ ;  $P<0,01$ ). Традиционные медикаментозные вмешательства способствовали исчезновению кардиалгии лишь в 23,1% случаев (3 больных) в контрольной группе. В основной группе также достоверно чаще наблюдалось уменьшение интенсивности и частоты комплексного СБС (74,4% случаев), чем в контрольной группе (53,1%) ( $\chi^2=7,48$ ;  $P<0,01$ ). Примечательно, что АТ существенно не влияла на стенокардию. Исчезновение СТ отмечено в 30,0% случаев в основной и в 36,4% случаев в контрольной

группах. Тем не менее в основной группе выявлена тенденция к снижению средних суточных доз нитратов и  $\beta$ -адреноблокаторов, а в контрольной группе наблюдалась противоположная тенденция—нарастание доз коронароактивных препаратов. В начале больные основной группы получали  $11,6 \pm 1,8$  мг нитро-препаратов и  $50,2 \pm 9,3$  мг  $\beta$ -адреноблокаторов, к концу курса лечения— $8,8 \pm 1,7$  мг нитратов и  $47,5 \pm 11,3$  мг  $\beta$ -адреноблокаторов. В контрольной группе исходные дозы нитратов ( $11,2 \pm 1,5$  мг) и  $\beta$ -адреноблокаторов ( $57,5 \pm 9,6$  мг) увеличились соответственно до  $14,3 \pm 1,7$  мг и  $77,6 \pm 12,3$  мг. Полученные данные свидетельствуют также об экономической эффективности АТ.

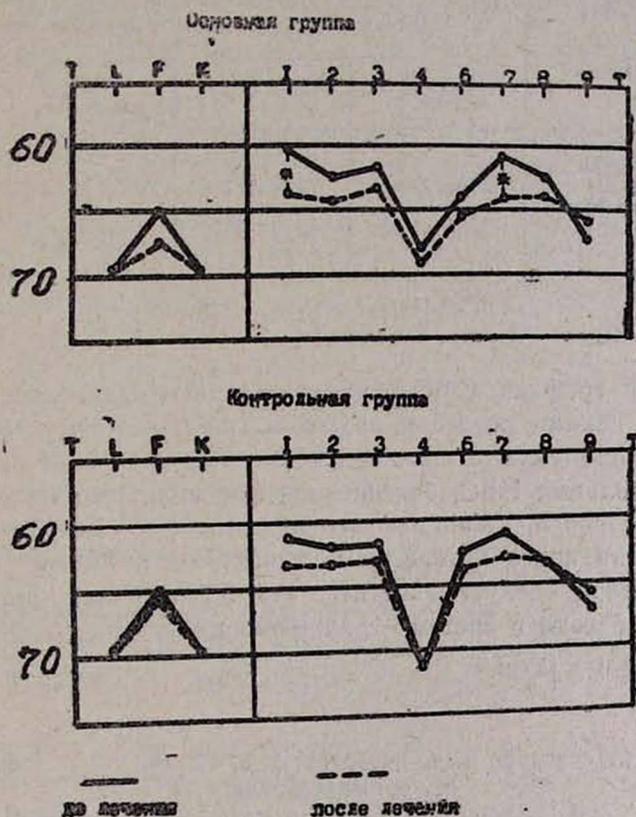


Рис. 1. Динамика усредненных профилей СМОЛ (\* $P < 0,01$ ).

Некоторые различия между сравниваемыми группами выявлены и при анализе динамики толерантности к ФН (табл. 1). Повторная велоэргометрия проведена 90 больным. Значительное улучшение физической работоспособности отмечено более чем в 50% случаев в обеих группах. Однако слабopоложительная динамика достоверно чаще встречалась в основной группе (41,2%), чем в контрольной (25,6%). В последней же отмечалось преобладание случаев с неизменной то-

лерантностью к ФН (18,0% случаев в контрольной и 5,9% случаев в основной).

Вышеперечисленные изменения происходили на фоне выраженного улучшения психического статуса у больных основной группы. Уже после 3—4-го занятия АТ у больных улучшилось самочувствие, снижался уровень тревоги, улучшался сон, что и отразилось в результатах тестирования (рис. 1).

Таблица 1

Динамика толерантности к физической нагрузке под влиянием АТ

Группы сравнения	Динамика толерантности к ФН		
	выраженная (+)	слабо выраженная (+)	без изменения
Основная (№-51)	27 (52,9%)	21 (41,2%)	3 (6,9%)
Контрольная (№-39)	22 (56,4%)	10 (25,6%)	7 (18,0%)

$1-2 \chi^2=9,05; P<0,02.$

Первичные графики СМОЛ распределялись однородно, в пределах нормы, с пиками по 1,7 и низкой 9 шкалам. Конфигурация графика свидетельствовала о преобладании тревожно-мнительных черт характера у больных ИБС, болезненной фиксации внимания на состоянии своего здоровья, жалобах на разнообразные неприятные ощущения, снижении круга интересов и социальной активности.

В заключение следует отметить, что АТ является эффективным методом воздействия в системе традиционного лечения больных ИБС.

НИИ кардиологии МЗ ГССР

Поступила 17/V 1990 г.

Մ. Օ. ՄԱՄԱՄՏԱՎՐԻՇՎԻԻ, Դ. Ա. ԽՎԻՏԱՐԻԱ, Զ. Տ. ՊԱԳԱՎԱ, Մ. Շ. ՅԻՍԿԱՐԻՁԵ,  
Մ. Դ. ՄԱՅՍՈՒՐԱՁԵ

ՄՏԱՑԻՈՆԱՐ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ ՄՐՏԻ ԻՇԵՄԻԱ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄ ՇԻՎԱՆԴՆԵՐԻ  
ՐՈՒԹՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԻՆՔՆԱՍԻՆ ՄԱՐԶՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ  
ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅՈՒՆԸ

### Ա մ փ ն փ ու մ

Սրտի իշեմիկ հիվանդության հիվանդների մոտ ինքնածին մարզման օգտագործման ժամանակ ստացիոնար պայմաններում կարելի է վերացնել ջալի զրացողությունը, բարելավել ֆիզիկական աշխատունակությունը և ապրիոնալ օգտագործել դեղորայքային միջոցները:

## The Clinical Effectiveness of Autotraining in the Treatment of Patients with Ischemic Heart Disease in Conditions of the Hospital

The observation of 130 male patients has been carried out on the basis of the functional study of 70 of them stenocardia without focal affection of the myocardium has been diagnosed. It has been found out that with the help of autotraining it is possible to improve the physical working capacity, remove the pain and to use more rationally preparations.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев В. П. Варианты психологического теста. Психологический журнал, 1982, 2, 3, 118—123.
2. Лобзин В. С., Решеников М. М. Аутогенная тренировка. Л., Медицина, 1986, 279.
3. Шхвацабая И. К., Аронов Д. М., Зайцев В. П. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. М. Медицина, 1978, с. 320.
4. Libert R., Assennato P., Raineri A. *Minerva Cardiologica*, 1982, 30, 10, 553—556.
5. Van Dijkhorn F., Deloos F., Duinenoorden H. I. *Psychoter. Psychosom.*, 1983, 40, 1—4, 137—147.
6. Schultz I. H. Unveränderte Auflage.—George Thieme Verlag, Stuttgart. New York, 1967, 410.

УДК 616—092:616—072:612.172.2

М. З. МАЙСУРАДЗЕ, И. О. МГАЛОБЛИШВИЛИ, Г. Н. ИМНАДЗЕ

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА

В последнее время в плане изучения генеза брадиаритмий и соответствующей дифференциации антиаритмической терапии много внимания уделяется синдрому слабости синусового узла (СССУ), который в различной степени и с различной частотой встречается почти при всех сердечно-сосудистых заболеваниях: в острой фазе инфаркта миокарда, при хронических формах ИБС, ревматизме, миокардитах, миокардитическом кардиосклерозе, кардиомиопатиях, гипертонической болезни и др. [4].

Диагностика СССУ основана на сопоставлении клинических симптомов с данными различных инструментальных методов исследования: суточного ЭКГ-мониторирования, электрофизиологического исследования (ЭФИ) проводящей системы сердца, физиологических и медикаментозных нагрузочных тестов [1, 9, 12]. Однако патогномичные ЭКГ-симптомы СССУ—синус-арест и синоатриальная блокада—улавливаются крайне редко даже при частых долгосрочных на-