

К. Г. АДАМЯН, Л. С. ОГАНЕСЯН, М. А. АСАТЯН, А. А. НАЛЯН

ОБ ИНФОРМАТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРОБ С ОБЗИДАНОМ И ХЛОРИСТЫМ КАЛИЕМ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ И АТИПИЧНОЙ НАЧАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Изучалась информативность доступных, простых тестов с обзиданом и хлористым калием, которые могут быть широко применены в кардиологической практике, способствуя более раннему выявлению ишемической болезни сердца при атипичных начальных ее проявлениях.

Проблема дифференциальной диагностики нейроциркуляторной дистонии (НЦД) и начальной атипичной формы ишемической болезни сердца (ИБС) является одной из актуальных задач современной клинической кардиологии. Урбанизация, рост темпа современной жизни нередко приводят к дисфункции вегетативной нервной системы, чем обусловлен рост заболеваемости так называемыми функциональными заболеваниями сердца, и в частности НЦД [10]. Однако, как показывают клинические наблюдения, под «функциональным» фоном могут скрываться начальные проявления ИБС, диагностика которой на этом этапе развития заболевания весьма затруднена. Сложность диагностики в этих случаях заключается в отсутствии классического синдрома стенокардии, атипичности болевого синдрома [2, 5], нередко малой информативности ВЭМ-теста [5, 13].

В целях раннего выявления ишемической болезни сердца многими авторами рекомендуется применение теста предсердной стимуляции и лекарственных электрокардиографических тестов [5, 9], среди которых наиболее доступными, простыми и безопасными являются пробы с хлористым калием и обзиданом [1, 6, 8, 12, 15].

По данным литературы, пробы с β -блокатором (индерал, обзидан, анаприлин) и хлористым калием информативны для выявления характера изменений конечной части желудочкового комплекса электрокардиограммы при сглаженности, изоэлектричности или отрицательности зубцов Т, т. е. при «ишемическом» типе изменений.

Целью нашей работы являлось определение информативности вышеуказанных лекарственных проб с обзиданом и хлористым калием при любых изменениях фазы реполяризации, в частности, при вогнутом повышении сегмента ST и высоких зубцах Т в грудных отведениях и в связи с исходным тонусом вегетативной нервной системы.

Нами обследовано 59 больных с НЦД и 31 больной с атипичной начальной формой ИБС. Исходный вегетативный тонус определялся согласно методике, предложенной отделом вегетативной патологии I ММИ под руководством А. М. Вейна [4]. Проба с β -блокатором проводилась с 80 мг обзидана по общепринятой методике. На следующий день по аналогичной методике проводилась проба с хлористым калием (6,0). Результаты проб оценивались качественно и количественно [8, 12, 14].

По характеру изменений конечной части желудочкового комплекса больные с НЦД и атипичной начальной формой ИБС были разделены на две группы: с «ишемическим» типом изменений ЭКГ, т. е. сглаженностью, изоэлектричностью или отрицательностью зубцов Т и «гипоксическим» типом ЭКГ с вогнутой элевацией сегмента ST и высокой амплитудой зубцов Т (табл. 1).

Таблица 1

Результаты качественного анализа лекарственных проб с обзиданом и хлористым калием у больных НЦД и атипичной начальной формой ИБС

Группы больных	Обзидан				Хлористый калий			
	N	+	O	—	N	+	O	—
НЦД, п—59								
Преобл. симпатического тонуса и «ишемический» тип ЭКГ п—23	3	16	4	0	4	16	3	0
Преобл. парасимпатического тонуса и «гипоксический» тип ЭКГ, п—26	0	0	3	23	0	0	4	22
Эутония и нормальная ЭКГ п—10	0	0	7	3	0	0	7	3
ИБС, п—31								
Преобл. симпатического тонуса и «ишемический» тип ЭКГ, п—16	0	3	13	0	0	3	13	0
Преобл. парасимпатического тонуса и «гипоксический» тип ЭКГ, п—13	0	0	10	3	0	0	11	2
Эутония и нормальная ЭКГ п—2	0	0	2	0	0	0	2	0

Примечание. N—нормализация параметров реполяризации, (+)—тенденция к нормализации, (O)—отсутствие эффекта, (—)—ухудшение параметров реполяризации.

Как видно из данных табл. 1, одной из характеристик исходного вегетативного тонуса является характер изменений конечной части желудочкового комплекса ЭКГ. Так, симпатическому преобладанию вегетативного тонуса чаще всего соответствует «ишемический» тип изменений ЭКГ, парасимпатическому—«гипоксический», а эутония в основном характеризуется нормальной ЭКГ. При «ишемическом» типе изменений ЭКГ у больных НЦД чаще всего выявляются положительные ответы (тенденция к нормализации и нормализация у 19 больных при пробе с обзиданом и у 20 больных при калиевой пробе), лишь у 4 и 3 соответственно реакции на препарат не отмечается. В то же время из больных атипичной начальной формой ИБС лишь у 3 больных из 16 отмечалась слабopоложительная реакция на обзидан и хлористый калий, а у 13 больных наблюдались стойкие изменения параметров реполяризации, нечувствительные к β -блокаторам и препаратам калия. При эутонии (нормальные параметры ЭКГ) в обеих группах чаще фиксировались нулевые ответы (относительная устойчивость параметров). При «гипоксическом» типе изменений ЭКГ у больных НЦД выявлялась значительная лабильность параметров, увеличение амплитуд исходно высоких зубцов Т в грудных отведениях, что оценивалось как отрицатель-

ная реакция на введение препарата, а у больных ИБС ЭКГ характеризовалась большей стабильностью параметров, при этом нулевые ответы на прием обзидана и хлористого калия фиксировались чаще, чем отрицательные [10].

Данные качественного анализа результатов проб подтверждены количественным анализом, при котором определялись амплитуды зубцов Т в III, aVF, V₂, 3, 4, 5, 6, а также сумма амплитуд зубцов Т в грудных отведениях ($\Sigma T V_2 - V_6$) до и после лекарственных проб (табл. 2). При этом больные с нормальной ЭКГ и «гипоксическим» типом изменений объединены в одну группу в связи с условностью границ нормы и патологического увеличения зубца Т [3, 7, 11].

Из данных табл. 2 видно, что несмотря на односторонненность изменений суммарной амплитуды зубцов Т в группе больных с НЦД эти изменения носят статистически достоверный характер, а при ИБС — недостоверный ($p > 0,1$).

Таблица 2

Результаты количественного анализа проб с обзиданом и хлористым калием у больных НЦД и атипичной начальной формой ИБС ($M \pm m$, p)

Группа больных	Обзидан, ΣT до и после	p	Хлористый калий, ΣT до и после	p
НЦД, n—59	20.89 ± 1.58 25.78 ± 1.73	$<0,05$	20.79 ± 1.49 28.07 ± 1.7	$<0,01$
„Ишемический“ тип ЭКГ n—23	11.26 ± 1.98 16.46 ± 2.3	$<0,05$	13.02 ± 1.53 20.08 ± 2.06	$<0,01$
„Гипоксический“ тип ЭКГ n—36	28.19 ± 1.34 32.8 ± 1.67	$<0,05$	26.9 ± 1.78 34.37 ± 2.01	$<0,01$
ИБС, n—31	17.87 ± 2.04 21.18 ± 2.3	$>0,1$	16.75 ± 1.93 21.94 ± 2.6	$>0,05$
„Ишемический“ тип ЭКГ n—16	9.37 ± 1.4 12.7 ± 2.1	$>0,1$	9.43 ± 1.55 11.8 ± 2.28	$>0,1$
„Гипоксический“ тип ЭКГ n—15	26.37 ± 2.5 29.69 ± 2.9	$>0,1$	24.06 ± 2.5 32.06 ± 3.34	$>0,1$

Таким образом, лекарственные пробы с обзиданом и хлористым калием являются достаточно информативными тестами для дифференциации НЦД и атипичной начальной формы ИБС при любых изменениях конечной части желудочкового комплекса и, в частности, при высокой амплитуде зубцов Т в грудных отведениях. Полученные данные расширяют возможность применения этих тестов у больных со смешанной клинической картиной НЦД и ИБС, дифференциальная диагностика заболевания у которых представляет значительные трудности.

ՆԵՅՐՈՑԻՐԿՈՒՅԱՏՈՐ ԴԻՍՏՈՆԻԱՅԻ ԵՎ ՍՐՏԻ ԻՇԵՄԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ
ԱՏԻՊԻԿ ՍԿԶՐՆԱԿԱՆ ՁԵՎԻ ՏԱՐԲԵՐԱԿՈՒՄԸ ՕՐՋԻԴԱՆԻ ԵՎ ԿԱԼԻՈՒՄԻ
ՔԼՈՐԻԴԻ ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ՓՈՐՁԵՐԻ ՄԻՋՈՑՈՎ

Ցույց է տրված օրբզիդանի և կալիումի քլորիդի փորձերի ինֆորմատի-
վությունը նեյրոցիրկուլյատոր դիստոնիայի և սրտի իշեմիկ հիվանդության
ատիպիկ սկզբնական ձևի տարբերակման համար՝ էրեկտորատոր փոր-
քային կոմպլեքսի վերջնային հատվածի բոլոր տեսակի փոփոխությունների
այդ թվում ST հատվածի բարձրացման և կրծքային արտածումներում T առա-
միկի բարձր լինելու դեպքում:

K. G. ADAMIAN, L. S. HOVANNESSIAN, M. A. ASSATRIAN, A. A. NALIAN

THE INFORMATIVITY OF MEDICAL TESTS WITH OBSIDAN AND
POTASSIUM CHLORIDE FOR DIFFERENTIATION OF
NEUROCIRCULATORY DYSTONIA AND ATYPICAL INITIAL FORM
OF ISCHEMIC HEART DISEASE

The informativity of tests with obsidan and potassium chloride for
differential diagnosis of neurocirculatory dystonia and atypical initial form
of ischemic heart disease, in all types of changes of ECG ventricular
complex final section as well as elevation of ST-segment and precordial
T-wave high amplitudes, was shown.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аникин В. В. Кровообращение АН АрмССР, 1977, X, 3, с. 54.
2. Аронов Д. М. Кардиол., 1968, 2, с. 39.
3. Бобер С., Домбровская Б., Домбровский А. Практическая электрокардиография. Варшава, 1974.
4. Вейн А. М., Соловьева А. Д., Колосова О. А. Вегето-сосудистая дистония. М., 1981.
5. Волков В. С., Братолобова Т. Н., Братолобов В. П., Виноградов В. Ф. Клин. мед., 1979, 11, с. 52.
6. Карпов Р. С. Бюллетень Сибирского отделения АМН СССР, 1984, 3, с. 35.
7. Кушаковский М. С., Медведева К. Н. Кардиол., 1972, 2, с. 33.
8. Орлов В. Н. Руководство по электрокардиографии. М., 1983.
9. Остапенко Е. Н. Автореферат дисс. канд. Минск, 1984.
10. Сидоренко Б. А., Хафизов Р. М., Шевченко О. П. и др. Кардиол., 1981, 8, с. 87.
11. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Кардиол., 1980, 11, с. 107.
12. Фогельсон Л. И. Клиническая электрокардиография. М., 1957.
13. Ханина С. Б., Гетман Н. А. Кардиол., 1975, 11, с. 87.
14. Detry J. M. European Heart J., 1984, 5, 3, 184.
15. Sleeper J. C., Orgain E. S. Amer. J. Cardiol., 1963, 11, 3, 338.
16. Wasserburger R., Cortiss R. Amer. J. Cardiol., 1962, 10, 673.