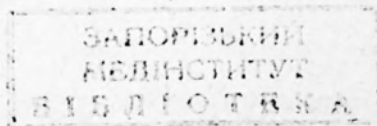


ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, АТЕРОСКЛЕРОЗ И КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

*Республиканский
межведомственный сборник*

Издается с 1966 года

Выпуск 14



В сборнике освещаются результаты исследований и разработок по важным вопросам кардиологии, рассматриваются особенности патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики гипертонической болезни, атеросклероза и ишемической болезни сердца, проводится анализ структуры общей и регионарной гемодинамики, состояния метаболизма и ультраструктур миокарда, микроциркуляции, свертывающей и фибринолитической систем крови, ее реологических свойств.

Для научных работников и врачей-кардиологов, терапевтов.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ ПРИ УКРАИНСКОМ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ИНСТИТУТЕ КАРДИОЛОГИИ им. акад. Н. Д. СТРАЖЕСКО:

Л. И. Алейникова, Н. А. Гватуа, А. И. Грицюк, В. Н. Дзяк,
Н. С. Заноздра, Б. А. Зелинский, И. И. Крижановская, Л. Т. Малая
(зам. отв. редактора), Д. А. Нужный (отв. секретарь), Я. В. Оберемченко, Е. Л. Ревуцкий, Н. П. Строганова, Н. К. Фуркало (отв. редактор).

Рецензент проф. Ф. Е. ОСТАПЮК

с высокой пороговой мощностью, что говорит о более высоком гемодинамическом обеспечении этой подгруппы.

Учитывая более низкую активность у этих лиц симпатико-адреналовой системы, можно предположить, что более высокий уровень гемодинамического обеспечения зависит от уровня постнагрузки.

Поступила в редколлегию 23.01.81.

УДК 616.127—005.8:616.13—007.64

ДИНАМИКА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И АНЕВРИЗМОЙ СЕРДЦА

П. В. Гайдук, А. В. Афанасьев. Запорожский медицинский институт

Эффективность лечения, жизненный и трудовой прогноз больных острым инфарктом миокарда и постинфарктным кардиосклерозом во многом зависят от состояния легочной гемодинамики и сократительной способности миокарда [1—4].

Мы изучали особенности течения легочной гипертензии у больных постинфарктным кардиосклерозом в динамике в сопоставлении с сократительной способностью миокарда левого и правого желудочков сердца.

Обследовано 144 больных постинфарктным кардиосклерозом (130 мужчин и 14 женщин), в возрасте 31—75 лет, перенесших крупноочаговый (в 76 случаях трансмуральный) инфаркт миокарда с локализацией в области передней стенки у 100 человек, задней — у 34 и боковой — у 10 человек. У 30 больных инфаркт миокарда возник на фоне гипертонической болезни. Недостаточностью кровообращения I стадии страдали 67 больных, IIА — 8, и IIБ — 6 больных.

Для определения состояния сократительной способности миокарда использовали метод электрокимографии. Электрокимограммы желудочков, предсердий и крупных сосудов регистрировали на отечественном электрокимографе ЭКС—60. По ним определяли фазы систолы и диастолы, некоторые относительные показатели (коэффициент Блумбергера, индекс напряжения миокарда) для обоих желудочков сердца. Для оценки состояния гемодинамики в малом круге кровообращения рассчитывали систолическое давление в легочной артерии (СДЛА). В качестве контроля обследовано 30 здоровых лиц в возрасте 30—55 лет.

У больных с постинфарктным кардиосклерозом выявлены значительные нарушения сократительной способности миокарда по сравнению с контрольной группой, в частности, достоверное ($P < 0,001$) удлинение периода напряжения левого и правого желу-

дочков сердца, укорочение быстрого ($P < 0,01$) и удлинение медленного изгнания ($P < 0,01$). Коэффициент Блюмбергера для обоих желудочков сердца уменьшился ($P < 0,01$), а индекс напряжения миокарда увеличился ($P < 0,01$). Существенные изменения произошли и в фазовой структуре диастолы желудочков. Так, период расслабления и наполнения обоих желудочков сердца оказался достоверно уменьшенным (во всех случаях $P < 0,05$). У 20 больных с аневризмой сердца наблюдалось более существенное удлинение периода напряжения левого желудочка, укорочение периода наполнения.

Легочная гипертензия отмечена у 55% больных постинфарктным кардиосклерозом, а средние показатели СДЛА оказались достоверно ($P < 0,001$) увеличенными по сравнению с нормой и наиболее высокими у больных с аневризмой сердца.

Для выяснения зависимости нарушения сократительной функции миокарда от величины СДЛА все больные были разбиты на 2 группы: 1-ю группу составили 64 человека с давлением до 3,3 кПа, 2-ю — 80 человек с давлением от 3,4 кПа и выше.

Сократительная способность миокарда желудочков у больных с легочной гипертензией значительно ниже, чем у больных с нормальными цифрами СДЛА (таблица). В частности, у больных 2-й группы отмечалось достоверное увеличение периода напряжения и индекса напряжения миокарда, уменьшение периода изгнания и коэффициента Блюмбергера для обоих желудочков.

Существенные нарушения наблюдались и в фазовой структуре диастолы: повышение СДЛА сопровождалось удлинением периода расслабления правого желудочка (за счет фазы изометрического расслабления) и достоверным укорочением периода наполнения желудочков (за счет обеих составляющих фаз).

Следовательно, более высокому систолическому давлению в легочной артерии соответствует и более значительная степень снижения функциональной способности миокарда. Следует предполагать, что основной причиной развития и, возможно, стабилизации легочной гипертензии у больных, перенесших инфаркт миокарда, является левожелудочковая недостаточность, а наличие последней, в свою очередь, приводит к ухудшению функциональной способности миокарда правого желудочка.

Повторное исследование больных (через 2 мес — 5 лет после первого наблюдения) показало, что частота легочной гипертензии повысилась с 55% до 66%, отмечена значительная динамичность систолического давления в легочной артерии. Обнаружено, что снижение цифр СДЛА у 40 больных 2-й группы чаще происходит в первые 5—8 мес после перенесенного инфаркта миокарда и сопровождается улучшением функциональной способности миокарда левого желудочка у 73%, а правого — у 71% больных, по-видимому, за счет преобладания процессов восстановления в мио-

Средние величины показателей фазовой структуры сердечного цикла у больных постинфарктным кардиосклерозом в зависимости от уровня СДЛА

Показатель	Группа больных					
	1-я		2-я			
	Левый желудочек	Правый желудочек	Левый желудочек	P ₁	Правый желудочек	P ₂
Период напряжения, с	0,145 ± 0,0025	0,131 ± 0,003	0,153 ± 0,002	<0,05	0,14 ± 0,002	<0,01
Период изгнания, с	0,225 ± 0,003	0,218 ± 0,0044	0,210 ± 0,004	<0,05	0,196 ± 0,034	<0,01
Период расслабления, с	0,087 ± 0,0031	0,097 ± 0,0021	0,091 ± 0,0022	>0,05	0,109 ± 0,0018	<0,01
Период наполнения, с	0,390 ± 0,015	0,405 ± 0,0133	0,290 ± 0,089	<0,01	0,282 ± 0,074	<0,01
Коэффициент Блюмбергера	1,53 ± 0,038	1,68 ± 0,051	1,37 ± 0,030	<0,01	1,42 ± 0,040	<0,001
Индекс напряжения миокарда	40,15 ± 6,1	36,7 ± 7,7	42,8 ± 5,3	>0,05	42,4 ± 6,9	<0,05

Примечание. P₁ — достоверность различий между группами больных для левого желудочка, P₂ — то же для правого желудочка сердца.

карде. В эти же сроки наблюдалось развитие легочной гипертензии у 34 (53%) больных 1-й группы или ее прогрессирование у 37 (46%) больных 2-й группы, сопровождающееся дальнейшим снижением (по данным фазового анализа) сократительной функции миокарда, для левого желудочка — соответственно у 79% и 86%, для правого — у 79% и 70% больных. У них выявлено прогрессирующее удлинение периодов напряжения, дальнейшее укорочение изгнания, уменьшение коэффициента Блюмбергера, увеличение индекса напряжения миокарда, удлинение изометрического расслабления правого желудочка, нарастающее укорочение периодов наполнения желудочков. Указанная отрицательная динамика, вероятно, обусловлена прогрессированием дистрофических и склеротических процессов в миокарде.

Оказалось, что наибольшая стабильность легочной гипертензии, как и ее прогрессирование, наблюдалась среди больных с хронической аневризмой сердца.

Динамическое многолетнее наблюдение показало, что стабильная легочная гипертензия является прогностически неблагоприят-

ным фактором в течении постинфарктного кардиосклероза: летальность среди больных с легочной гипертензией оказалась в 3 раза выше, чем в группе больных с нормальными цифрами СДЛА.

Таким образом, определение в динамике систолического давления в легочной артерии и состояния сократительной функции миокарда у больных постинфарктным кардиосклерозом и аневризмой сердца могут быть использованы для выработки лечебных и реабилитационных мероприятий.

1. Марусенко А. В. Гемодинамика малого круга кровообращения у больных инфарктом миокарда в реабилитационном периоде. — Врач. дело, 1977, № 10, с. 45—49.
2. Мухарлямов Н. М. Ранние стадии недостаточности кровообращения и механизмы ее компенсации. — М.: Медицина, 1978. — 247 с.
3. Сметнев А. С., Добротворская Т. Е. Сердечная недостаточность при ишемической болезни сердца. — Кардиология, 1976, № 7, с. 5—11.
4. Фельдман С. Б. Ранняя диагностика сердечной недостаточности. — М.: Медицина, 1976. — 288 с.

Поступила в редколлегию 05.10.79.

УДК 616.133.33—002.2:616.071

КЛИНИКА РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Ю. С. Гайдук. Украинский НИИ кардиологии

Церебральный атеросклероз детально изучен на поздних стадиях, приводящих к острому нарушению мозгового кровообращения и тяжелой хронической мозговой недостаточности, значительно меньше внимания уделялось начальным его проявлениям. Вместе с тем лечение данного заболевания на поздних этапах малоэффективно, поэтому успех терапии и профилактика прогрессирования его в значительной степени зависят от ранней диагностики. В связи с этим необходимо изучить неврологические проявления церебрального атеросклероза в начальных стадиях его развития.

Обследованы 150 мужчин в возрасте 36—55 лет, у 40 из них диагностирована скрытая ишемическая болезнь сердца (ИБС), у 60 — ИБС I, у 31 — ИБС II степени тяжести. У 19 человек состояние расценивалось как угрожающее развитием ИБС. У 95 человек холестерин в крови превышал 6,76 ммоль/л (или триглицериды 1,65 ммоль/л), у 55 — уровень липидов соответствовал норме.

В клинической картине заболевания значительный удельный вес занимали жалобы больных. Все обследованные наряду с жалобой на боль в области сердца предъявляли те или иные жалобы, свидетельствующие о поражении нервной системы. Большин-

ство пациентов (56,6%) отмечали головную боль различной локализации и характера. Возникла она после эмоционального перенапряжения, умственного и физического переутомления. Почти в 25% случаев отмечалась тяжесть в голове, а также шум в ушах. Частым симптомом являлось головокружение (44,6%), оно носило несистемный характер, что, вероятно, указывает на изменения в надсегментарных вестибулярных образованиях. Больные отмечали неустойчивость при ходьбе, чувство потери равновесия. Иногда головокружение сопровождалось потемнением в глазах, появлением «мушек», «пелены» перед глазами. Эти симптомы были кратковременными, возникали при резких поворотах головы, перемене положения тела, что указывало на их вазомоторное происхождение и недостаточность рефлекторных вегетативно-сосудистых механизмов. Если возникновение головной боли связывают с нарушением иннервации сосудов твердой мозговой оболочки, то головокружение и шум в голове — с расстройством иннервации сосудов вещества мозга.

Подавляющее большинство больных (90%) предъявляли жалобы на повышенную раздражительность. Часто отмечали неустойчивое настроение, вспыльчивость, слезливость, чувство внутреннего напряжения, тревоги. Почти в 50% случаев наблюдалось снижение памяти и нарушение внимания. Учитывая молодой и средний возраст обследованных (большинство до 50 лет), необходимо отметить, что нарушение мнестических функций наряду с эмоциональными сдвигами являются ранними проявлениями заболевания и указывают на гемодисциркуляторные нарушения в лимбических структурах мозга. Нередко пациенты отмечали общую слабость, быструю утомляемость, снижение трудоспособности (68%). Нарушение сна, выявленное более чем в 50% случаев, проявлялось медленным засыпанием, поверхностным чутким сном с пробуждением.

В целом указанная симптоматика, занимавшая ведущее место в клинике заболевания, составляла картину неврастенического синдрома, что свидетельствовало об изменениях преимущественно корковой нейродинамики.

У 6 больных периодически возникали приступы озноба, сменяющиеся приливами жара, сердцебиением, общей слабостью, иногда чувством страха. Эти пароксизмы провоцировались эмоциональным перенапряжением, переменой погоды и носили преимущественно симпатико-адреналовую направленность. Нередко заканчивались они частым и обильным мочеиспусканием. Иногда отмечались лишь фрагменты указанных приступов. Такие пароксизмы, как известно, характерны для поражения гипоталамической области. Вне приступов постоянных признаков поражения гипоталамуса не определялось. Однако следует подчеркнуть, что самочувствие больных, как правило, ухудшалось при перемене по-

СОДЕРЖАНИЕ

Гипертоническая болезнь

Заноздра Н. С., Малышко Л. Н. Некоторые особенности газового состава крови, внешнего дыхания и системной гемодинамики у больных гипертонической болезнью	3
Андрущенко Е. В., Красовская Е. А., Глуховская Г. Ф., Белоус А. К., Рубай И. Н., Мазанова Е. П., Миронец В. И., Добровольец Л. А. Гемодинамическая характеристика гипертонической болезни с неосложненным течением	8
Лаврик В. И., Маханько М. А. Некоторые взаимоотношения общей, церебральной и периферической гемодинамики при различных стадиях гипертонической болезни	12
Лазиди Г. Х. Состояние гемодинамики в малом круге кровообращения больных гипертонической болезнью, сопутствующей ишемической болезнью сердца	15
Золотарев А. Е., Закатова Л. В. Электроэнцефалографические исследования у больных предгипертонией и гипертонической болезнью	18
Щепотин Б. М., Присяжнюк М. С. Некоторые качественные и количественные эффекты комбинированного применения ряда гипотензивных средств в лечении гипертонической болезни	21
Паращенко Н. А. Влияние обзидана на почечную гемодинамику больных гипертонической болезнью	25
Нейко Е. М., Ванджура И. П., Дебенко М. В., Купновицкая Н. Г., Герасимчук А. С., Думка Р. Н., Шпак Б. Ю. Влияние оркомнина на обмен микроэлементов и состояние регионарного кровообращения у больных гипертонической болезнью	28

Атеросклероз и ишемическая болезнь сердца

Дзяк В. Н., Алексеенко З. К. Особенности диагностики и течения ишемической болезни сердца на фоне хронических неспецифических заболеваний легких	32
Зелинский Б. А. Патогенез хронической ишемической болезни сердца при сахарном диабете	36
Дорогой А. П. Динамика физиологически активных веществ крови у больных ишемической болезнью сердца	41
Вятченко Е. В., Головки Ю. Ж. Некоторые аспекты гемодинамики и содержание биологически активных веществ у больных, перенесших инфаркт миокарда	47
Гайдук П. В., Афанасьев А. В. Динамика легочной гипертензии и сердечной недостаточности у больных постинфарктным кардиосклерозом и аневризмой сердца	49
Гайдук Ю. С. Клиника ранних проявлений церебрального атеросклероза	52
Смирнова И. П., Феденко Г. А. Алгоритмы для фенотипирования дислипопропротеидемий	55
Давыденко Н. В. Изучение характера питания во взаимосвязи с распространенностью ишемической болезни сердца	59
Горбась И. М. Взаимосвязь низкой физической активности с распространенностью ишемической болезни сердца и ее факторами риска	62