

# ВРАЧЕБНОЕ ДЕЛО

11

1969  
КИЕВ



дисистолией, под влиянием лечения вазопрессорами артериальное давление нормализовалось, не отмечалось восстановления выделительной функции почек.

Нормальный уровень клубочковой фильтрации у больных, выведенных из состояния легко обратимого коллапса, продолжавшегося не более 30—60 мин., подтверждают данные Амбурже о том, что почечная недостаточность при коллапсе вначале имеет функциональный характер и быстро проходит при нормализации артериального давления. Органическое поражение почечной ткани наступает только при длительном коллапсе.

#### Литература

Виноградов А. В. Тер. арх., 1957, т. 29, № 2, стр. 56—65.— Виноградов В. Н., Попов В. Г., Сметнев А. С. Кардиол., 1963, т. 3, № 4, 7—25.— Ганелина И. Е., Бриккер В. Н., Вольперт Е. И. Клин. мед., 1966, т. 44, № 8, стр. 37—45.— Мерзон А. К. Врач. дело, 1956, № 2, стр. 149—155.— Кравчинский Б. Д. «Физиология водно-солевого обмена», Л., 1963.— Амбурже Ж., Рише Г., Кросние Ж., Функ-Брентано Ж. Л. Почечная недостаточность, М., 1965.

#### SUMMARY

#### CORRELATION BETWEEN MAIN HEMODYNAMIC INDICES AND GLOMERULAR FILTRATION IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

*D. F. Kesler (Leningrad)*

A study of 25 patients with acute myocardial infarction revealed a decrease of glomerular filtration which paralleled the severity of cardiac insufficiency. The lowest rates of glomerular filtration were seen in patients with cardiogenous collapse. The level of glomerular filtration in patients with myocardial infarction recovering from easily reversible collapse remained unchanged indicating the functional character of renal function disorder in arterial pressure drops of short duration. There was a correlation between the blood minute volume and glomerular filtration.

УДК 616.1-085.711.5-06:616.45-008.6-06

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕРДЕЧНЫХ ГЛЮКОЗИДОВ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Проф. А. Д. ВИЗИР*

Кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета (зав.—проф. А. Д. Визир) Запорожского медицинского института

За последние годы значительно пополнился арсенал сердечных гликозидов, добываемых из отечественного сырья. И хотя по силе и скорости действия большинство из них пока уступает строфантину, у врача, знакомого с особенностями фармакологического их действия, имеется большой выбор лекарственных средств, отличающихся друг от друга рядом очень ценных качеств.

В наше время для решения проблемы лечения больных с недостаточностью кровообращения не менее важную роль, чем изыскание новых сердечных гликозидов, обладающих строфантиноподобными свойствами, имеет популяризация особенностей действия многочисленных отечественных гликозидов, которые, к сожалению, малоизвестны широкому кругу врачей-терапевтов. Этому, видимо, препятствует в какой-то мере также излишняя увлеченность «своими» препаратами авторов, которые предложили их и осуществляли клиническое испытание, в результате чего лекарственное средство, громко именуемое заменителем

строфантина, со временем придается забвению, не оправдав возложенных на него надежд.

Особенности действия сердечных глюкозидов должны учитываться не только по характеру клинического эффекта, что, конечно, очень важно, но и в плане влияния их на важнейшие патогенетические механизмы, с помощью которых развивается сердечная декомпенсация. Среди них, наряду с гемодинамическими показателями, большое значение имеют нарушения минерального обмена, гормональные звенья и пр.

Мы поставили перед собой задачу: 1) изучить особенности действия при хронической недостаточности кровообращения сердечного глюкозида эризимины в сравнении с эризидом и строфантином; 2) выяснить характер влияния сердечных глюкозидов (строфантин) на минералокортикоидную активность надпочечников — альдостерон.

Эризимин — кристаллический глюкозид, выделенный из желтушника серого в отделе химии ВИЛАР В. В. Феофилактовым и П. М. Локшаревым в 1952 году. Несмотря на имеющиеся работы по применению препарата в условиях клиники (Т. Н. Лебедева, 1956; Н. И. Соломченко, 1956; Г. И. Шолохова, 1958 и др.), многие вопросы, касающиеся особенностей его действия, не были полностью изучены.

В частности, нас интересовали вопросы о характере влияния эризимины на венозное кровообращение, возможность применения его при брадикардии, токсичность его, сила действия и др.

Под наблюдением находилось 100 больных с хронической сердечно-сосудистой недостаточностью, развившейся на фоне ревматических пороков сердца (40 чел.), атеросклеротического кардиосклероза (23 чел.), гипертонической болезни (18 чел.) и дистрофии миокарда (18 чел., из них у 16 были хронические неспецифические заболевания легких и у двух — базедова болезнь и хронический нефрит).

Недостаточность кровообращения II А степени была у 26, II Б — у 50, III — у 8 больных. Легочно-сердечная недостаточность I степени выявлена у пяти, II — у 11 больных.

Эффективность лечения эризимином, помимо обычно клинических данных, изучалась с помощью определения в процессе лечения венозного давления, скорости кровотока, электро- и баллистокардиографических исследований, показателей функционального состояния аппарата внешнего дыхания и пр. Для более тщательного изучения действия эризимины на коронарное кровообращение мы провели экспериментальные исследования, выполненные на изолированном сердце кролика. Сравнительный эффект от применения эризимины, эризиды и строфантина изучали путем наблюдения больных с аналогичными степенями сердечной недостаточности.

Под влиянием внутривенных инъекций эризимины (раствор 1 : 3000 по 1 мл на глюкозе один-два раза в день, на курс лечения в среднем 20—25 инъекций) наряду с урежением пульса, уменьшением застойных явлений в системе большого и малого круга кровообращения имело место улучшение гемодинамических показателей: венозное давление снизилось на 21—110 мм вод. ст. у 81 из 87 больных. Увеличилась скорость кровотока: в большом круге — на 6—26 сек. у 83 из 89 больных (магнетиальное время), в малом круге — на 2—15 сек. у 79 из 89 больных (эфирное время). Значительное улучшение наступило у 37% больных, улучшение — у 48%, без эффекта — у 12% и трое больных умерло.

Что касается сравнительного эффекта, то эризимин обладает, примерно, одинаковой силой действия с эризидом (водным раствором суммы глюкозидов серо-зеленого желтушника). Эризид является более токсичным препаратом по сравнению с эризимином. В процессе его назначения побочные явления были отмечены у ряда больных.

Строфантин же по силе, скорости эффекта и нормализующему влиянию на измененную гемодинамику во много раз превосходит эри-

зимин и эризид, которые оказывают терапевтический эффект в основном при декомпенсации II A степени.

Применение эризимины для лечения 25 больных, у которых декомпенсация протекала на фоне замедленного темпа сердечных сокращений (синусовый ритм и мерцание предсердий) показало, что ни у одного больного брадикардия не усилилась, а у ряда больных наблюдалась даже тенденция к нормализации числа сердечных сокращений. Эризид таким свойством не обладал, а под влиянием строфантина у всех больных брадикардия усиливалась, что служило поводом к его отмене.

Влияние эризимины на венозное кровообращение изучалось в эксперименте, а также в клинических условиях у 23 больных атеросклерозом венечных артерий сердца III (фиброзной) стадии, страдающих приступами стенокардии с учетом электро- и баллистокardiографических данных. В процессе лечения эризимином у 18 из них загрудинные боли стали менее интенсивными, усиления приступов грудной жабы не было отмечено ни у одного. Улучшение венозного кровообращения с помощью электрокардиографии было зарегистрировано лишь у трех больных, что объясняется преобладанием больных с далеко зашедшим диффузным склеротическим процессом в миокарде и постынфарктным кардиосклерозом. Что же касается баллистокardiографии, то у 20 больных после курсового лечения эризимином патологические баллистокardiограммы имели явную тенденцию к нормализации. В частности, уменьшение дыхательных колебаний амплитуды IJ, снижение волны H и исчезновение расщепленных зубцов J- и M-образных комплексов оценивались нами в сочетании с клинической картиной, как признаки улучшения коронарного кровообращения. После однократного внутривенного введения 1 мл эризимины наиболее четкие данные об улучшении коронарного кровообращения по данным баллистокardiографии наступали на 10—15 минуте, что совпадает с началом проявления клинического эффекта препарата.

Эризид не оказывал существенного влияния на венозное кровообращение: характер приступов грудной жабы, электро- и баллистокardiографические данные оставались прежними.

Создалось впечатление, что эризимин в равной степени со строфантином оказывает благоприятное влияние на венозное кровообращение, хотя механизмы действия этих средств различны. Как известно, строфантин улучшает венозное кровообращение путем увеличения ударного объема сердца и нормализации обменных процессов в миокарде, эризимин же, по-видимому, обладает в какой-то мере еще и непосредственным коронаролитическим эффектом, увеличивая коронарный отток в эксперименте во всех терапевтических разведениях.

Мы изучали также влияние сердечных глюкозидов на альдостероновый механизм сердечной декомпенсации. Эти исследования были предприняты после того, как были получены данные о значении альдостерона в развитии сердечной декомпенсации. Определение мочевой экскреции альдостерона, отражающей по современным представлениям секрецию гормона корой надпочечников, у 149 больных с нарушенной гемодинамикой показало, что хронической недостаточности кровообращения свойственен альдостеронизм, нарастающий по мере ее прогрессирования (альдостерон определяли химическим методом с применением четырех хроматографических систем, предложенным Е. Н. Герасимовой, 1963). При декомпенсации I степени выделение с мочой альдостерона составило в среднем 6 мкг (при норме 6 мкг), II A — 15 мкг, II B степени — 21 мкг, III — 28 мкг. Повышение экскреции альдостерона сопровождалось проявлением его основного биологического эффекта — задержкой в организме натрия и выведением калия.

Изменения мочевой экскреции альдостерона в процессе лечения строфантином изучали у 15 больных с явлениями хронической недоста-

точности кровообращения. Декомпенсация II А степени была у двух, II Б — у восьми, III степени — у пяти больных. После лечения строфантином (15—40 инъекций внутривенно) выделение альдостерона достоверно снизилось с 23 до 12 мкг. Уменьшение экскреции альдостерона соответствовало результатам лечения. Альдостеронизм снижался по мере улучшения гемодинамики. Так, венозное давление до лечения строфантином составляло в среднем 177 мм вод. ст., после лечения — 131 мм вод. ст.

Таким образом, под влиянием лечения строфантином уровень альдостерона существенно снижается, что ведет к некоторой нормализации минерального обмена (меньшему накоплению в организме натрия) и уменьшению застойных явлений. Строфантин сам по себе не оказывает непосредственного влияния на продукцию альдостерона. Колебания в уровне последнего являются следствием улучшения гемодинамики.

#### Л и т е р а т у р а

Герасимова Е. Н. Автореф. докт. дисс., М., 1963.— Лебедева Т. Н. В кн.: Тезисы конф. Горьковского мед. ин-та им. С. М. Кирова, 1956, стр. 31—32.— Соломченко Н. И. Сов. мед., 1956, № 6, стр. 57—62.— Феофилактов В. В., Лошкарёв П. М. Эризимин — глюкозид сердечного действия из желтушника серого. Докл. АН СССР, 1954, т. X, IV, № 4, стр. 709—712.— Шолохова Г. И. Автореф. канд. дисс., Рязань, 1958.

#### S U M M A R Y

#### EFFICIENCY OF CARDIAC GLUCOSIDES IN CIRCULATORY INSUFFICIENCY

A. D. Vizir (Zaporozhye)

A study of 100 patients with chronic circulatory insufficiency indicates that the cardiac glucosides erisimine and eriside possess similar strength and duration of action, being much inferior to strophanthine. Among the valuable properties of erisimine is its good tolerance, the possibility of its use in bradycardia and its favourable effect on the coronary blood circulation.

The primary excretion of aldosterone decreased significantly under the effect of strophanthine. Strophanthine does not exert direct effect on the adrenal secretion of sodiumretaining hormone; it decreases aldosteronism by means of improvement of the hemodynamics.

УДК 616.8-07:616.13:616.15:616.8—02]—092

#### РЕГИОНАРНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ТОНУС СОСУДОВ ПРИ ПОРАЖЕНИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ

И. И. ШАНТЫРЬ (Ленинград)

Кафедра нервных болезней ВМОЛА им. С. М. Кирова  
(начальник — проф., полковник мед. службы А. Г. Панов)

Поскольку нервные механизмы регуляции кровообращения имеют большое значение, изучение артериального давления и сосудистого тонуса в различных сосудистых областях при поражении нервных приборов различных уровней, представляет интерес.

Исследованы 64 человека с различными заболеваниями нервной системы.

Измерение артериального давления и сосудистого тонуса производилось методом артериальной осциллографии с помощью аппарата «Красногвардеец» с симметричных участков плеч и голеней. Повторно определялось максимальное, среднее, минимальное и пульсовое артери-

- Вопросы медицинской экспертизы трудоспособности больных после операции по поводу хронических сдавливающих перикардитов.—*Я. С. Валигура* (Львов) . . . . . 27
- Динамика фонокардиографических показателей у больных кардиосклерозом под влиянием лечебной гимнастики.—*Н. Я. Селюминова* (Днепропетровск) . . . . . 30
- Динамика функционального состояния миокарда при лечении изобарным больных гипертонической болезнью.—*Г. В. Яновский, И. Н. Жадан, В. И. Емченко* (Киев) . . . . 33
- Зависимость между основными гемодинамическими показателями и клубочковой фильтрацией у больных острым инфарктом миокарда.—*Д. Ф. Кеслер* (Ленинград) . . . . 36
- Эффективность сердечных гликозидов при недостаточности кровообращения.—*А. Д. Визир* (Запорожье) . . . . . 39
- Регионарное артериальное давление и тонус сосудов при поражении нервной системы на разных уровнях.—*И. И. Шантырь* (Ленинград) . . . . . 42
- Об адекватности внушений во время психотерапии больных гипертонической болезнью.—*А. М. Дембо* (Киев) . . . . . 44
- Распознавание рекуррентного кардита при оперативном лечении больных ревматическими пороками сердца.—*Л. И. Морозова* (Киев) . . . . . 47
- Клиническое значение реокардиографии у больных туберкулезом легких.—*Е. А. Фринерман* (Житомир) . . . . . 49
- Нарушение ферментной функции печени и билирубиновых фракций сыворотки крови при холециститах.—*В. Д. Братусь, Я. Б. Иоффе* (Киев) . . . . . 52
- Острая интермиттирующая порфирия.—*П. Г. Подорожный, Л. И. Захарчук, Н. Н. Левин* (Львов) . . . . 57
- Ганглиоблокаторы в терапии легочного кровотечения.—*Ю. Д. Яцожинский, Н. Г. Пенькова* (Симферополь) . . . . . 59
- Прямые и косвенные методы определения легочной гипертензии у больных с распространенными формами туберкулеза легких.—*М. И. Щукин, П. М. Кузюкович, В. И. Бунимович* (Минск) . . . . . 62
- Гидролизаторы в комплексном лечении больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.—*В. И. Горголь* (Киев) . . . . . 65
- Поражения нервных стволов при заболеваниях вен нижних конечностей и таза.—*Р. А. Колбановская, С. А. Боровков* (Калинин) . . . . . 68
- Иннервация соединительнотканых образований бедра человека.—*Ф. А. Волюнский, А. П. Тараненко* (Одесса) . . . . . 70
- Клинико-морфологические корреляции при остром рассеянном энцефаломиелите.—*И. Г. Людковская, И. В. Мусатова* (Москва) . . . . . 74
- Postsurgical Treatment of Patients with Chronic Constrictive Pericarditis and Problems of Medical Expert Testimony of Working Capacity.—*Ya. S. Valigura* (Lvov) . . . . . 27
- Dynamics of Phonocardiographic Data in Patients with Cardiosclerosis under the Effect of Exercise Therapy.—*N. Ya. Seliuminova* (Dniepropetrovsk) . . . . . 30
- Dynamics of the Functional State of the Myocardium During Isobarin Treatment of Patients with Hypertensive Disease.—*G. V. Yanovsky, I. N. Zhadan and V. I. Yemchenko* (Kiev) . . . . 33
- Correlation Between the Main Hemodynamic Indices and Glomerular Filtration in Patients with Acute Myocardial Infarction.—*D. F. Kesler* (Leningrad) . . . . 36
- Efficiency of Cardiac Glucosides in Circulatory Insufficiency.—*A. D. Vizir* (Zaporozhye) . . . . . 39
- Regional Arterial Pressure and Vascular Tonus During Lesions of the Nervous System at Different Levels.—*I. I. Shantyr* (Leningrad) . . . . . 42
- Adequacy of Suggestion During Psychotherapy in Patients with Hypertensive Disease.—*A. M. Dembo* (Kiev) . . . . . 44
- Diagnosis of Recurrent Carditis During Operative Treatment of Patients with Rheumatic Heart Diseases.—*L. I. Morozova* (Kiev) . . . . . 47
- Clinical Value of Rheocardiography in Patients with Pulmonary Tuberculosis.—*E. A. Frinerman* (Zhitomir) . . . . . 49
- Disorders of the Enzymatic Function of the Liver and Blood Serum Bilirubin Fractions in Cholecystitis.—*V. D. Bratus' and Ya. B. Ioffe* (Kiev) . . . . . 52
- Acute Intermittent Porphyria.—*P. G. Podorozhny, L. I. Zakharchuk and N. N. Levin* (Lvov) . . . . . 57
- Ganglionic Blocking Agents in the Treatment of Pulmonary Hemorrhages.—*Yu. D. Yatsozhinsky and N. G. Penkova* (Simferopol) . . . . . 59
- Direct and Indirect Methods of Estimation of Pulmonary Hypertension in Patients with Diffuse Forms of Pulmonary Tuberculosis.—*M. I. Shchukin, P. M. Kuziukovich and V. I. Bunimovich* (Minsk) . . . . . 62
- Hydrolysates in the Complex Treatment of Patients with Fibrous-Cavernous Tuberculosis of the Lungs.—*V. I. Gorgol'* (Kiev) . . . . . 65
- Nerve Trunk Affections in Diseases of Veins of the Lower Extremities and Pelvis.—*R. A. Kolbanovskaya and S. A. Borovkov* (Kalinin) . . . . . 68
- Innervation of Connective-Tissue Structures of the Human Thigh.—*F. A. Volynsky and A. P. Taranenko* (Odessa) . . . . . 70
- Clinico-Morphological Correlations in Acute Disseminated Encephalomyelitis.—*I. G. Liudkovskaya and I. V. Musatova* (Moscow) . . . . . 74