

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИЛА И КОРИНФАРА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ГЕМОДИНАМИКИ

Л. И. Гапон, Л. В. Кремнева, О. В. Абатурова

НИИ клинической и профилактической кардиологии СО РАМН, г. Тюмень

Кардил — антагонист кальция из группы бензодиазепина. По клиническому и фармакологическому действию этот препарат занимает промежуточное положение между блокаторами кальциевых каналов, производными 1,4-дигидропиридина и фенилалкиламина [6]. Клинико-гемодинамические эффекты антагонистов кальция зависят от селективности их действия на клетки гладких мышц коронарных и периферических сосудов, миокарда и проводящей системы сердца [7, 8]. Кардил не относится к тканеселективным препаратам; он обладает сродством к клеткам всех указанных тканей, что клинически проявляется в выраженном гипотензивном, отрицательном дромо- и хронотропном действиях [6]. Клиническая эффективность коринфара и финоптина отличаются у больных гипертензивной болезнью (ГБ) при различных типах гемодинамики [2, 3]. Однако мы не встретили в литературе подобных сведений о кардиле. Это послужило основанием для проведения сравнительного изучения клинической эффективности кардила и коринфара у больных ГБ при гипер-, эу- и гипокинетическом типах гемодинамики.

Обследованы 92 пациента с ГБ I и II стадий в возрасте от 18 до 45 лет без сопутствующих заболеваний. 47 больных были лечены коринфаром, 45 — кардилом. Коринфар (нифедипин, фирма «Гермес») использовали в дозе 30 мг в сутки, кардил (дилтиазем, фирма «Орион») в дозе 180 мг (у 32) и 360 мг (у 13) в сутки. Длительность лечения в виде монотерапии составила в среднем 14 дней. Уровень АД и частоту пульса измеряли ежедневно до и через 2 часа после приема препаратов. Тип гемодинамики определяли с помощью клинических критериев и ЭХОКГ-параметров — величины минутного объема (МО) и общего периферического сопротивления (ОПС).

Были обследованы 29 пациентов с гиперкинетическим, 42 — с эукинетическим и 21 — с гипокинетическим характером кровообращения. Соотношение числа больных ГБ I и II стадий, длительность заболевания, выраженность гипертрофии левого желудочка при различных типах гемодинамики существенно не различались. Клиническая эффективность коринфара и кардила у больных ГБ при различных типах гемодинамики представлена в таблице.

Коринфар и кардил оказывали гипотензивное действие при всех типах гемодинамики. Установлена различная реакция пульса на прием препаратов. Коринфар вызывал нарастание частоты сердечных сокращений, особенно выраженное при гиперкинетическом типе гемодинамики. Под влиянием кардила наблюдалось небольшое нарастание частоты сердечных сокращений только при гиперки-

Динамика АД и частоты пульса под влиянием коринфара, кардила у больных ГБ при различных типах гемодинамики

Показатели	Типы гемодинамики		
	гиперкинетический	эукинетический	гипокинетический
Коринфар	n=12	n=23	n=12
АД (кПа)			
до лечения	18,7±0,6	20,1±0,7	18,9±0,6
	11,9±0,2	13,3±0,4	12,3±0,6
после лечения	17,3±0,4	17,2±0,2*	16,0±0,1*
	10,4±0,3*	11,0±0,3*	11,1±0,3
PS (уд. в 1 мин.)			
до лечения	75,2±2,8	74,2±1,7	67,7±5,6
после лечения	99,6±3,3*	83,7±3,5*	77,2±2,4
Кардил	n=17	n=19	n=9
АД (кПа)			
до лечения	18,4±0,4	18,9±0,6	19,4±0,5
	12,0±0,2	12,5±0,3	13,0±0,5
после лечения	16,8±0,4*	16,4±0,4*	16,4±0,4*
	10,4±0,2*	10,7±0,3*	10,5±0,4*
PS (уд. в 1 мин.)			
до лечения	77,8±1,7	76,3±2,0	76,7±1,4
после лечения	84,8±3,0	76,5±1,6	78,2±2,0

PS — частота сердечных сокращений в 1 минуту. В числителе — величина систолического, в знаменателе — диастолического давления. * P<0,05 между показателями до и после лечения.

нетическом характере кровообращения; у больных с эу- и гипокинетическими типами гемодинамики частота пульса практически не менялась. Однако, если в целом по группам установлено высокое гипотензивное действие как коринфара, так и кардила, то при анализе клинической эффективности препаратов у отдельных больных обнаружены существенные отличия. У части пациентов выявлена парадоксальная реакция систолического АД на прием коринфара. Так, у 6 (50%) больных с гиперкинетическим и у 3 (13%) лиц с эукинетическим типом кровообращения наблюдались повышение уровня систолического АД с $18,8 \pm 0,6$ кПа до $20,4 \pm 0,7$ кПа и уменьшение диастолического с $11,4 \pm 0,3$ до $9,9 \pm 0,2$ кПа. В отличие от коринфара кардил вызывал нарастание частоты сердечных сокращений до 90—110 уд. в 1 мин. значительно реже — только у 7 (41,2%) пациентов, имеющих гиперкинетический тип кровообращения. Повышение уровня систолического АД под его влиянием не регистрировали.

В литературе имеются данные об отрицательном хронотропном действии кардила [4, 5, 6]. Нами установлено, что при его использовании в дозе 180—360 мг в сутки отмечается учащение пульса у части больных ГБ с гиперкинетическим типом кровообращения.

Тахикардию, наблюдаемую при лечении коринфаром, ряд авторов [1] связывают с повышением тонуса симпатической нервной системы вследствие активирования барорецепторов при значительной вазодилатации. Повышение уровня систолического АД, зарегистрированное нами, по-видимому, также обусловлено данным механизмом, поскольку оно сопровождалось излишним снижением диастолического АД. Кардил вызывал тахикардию значительно реже, повышение уровня систолического АД под его влиянием не отмечено.

При назначении кардила в дозе 180 мг в сутки у 13 (28,4%) больных стабилизации АД на уровне возрастной нормы не происходило. У 9 из них достаточный гипотензивный эффект был достигнут при увеличении дозы препарата до 360 мг в сутки. 4 пациентам через 2 недели монотерапии кардилом в дозе 360 мг в сутки потребо-

валось назначение комбинированной гипотензивной терапии. В группе пациентов, леченных коринфаром, необходимость в комбинированной терапии возникла у 7,5% лиц.

Исследуемые препараты больные переносили удовлетворительно. Наиболее частыми побочными эффектами являлись головные боли, гиперемия кожных покровов лица и верхнеплечевого пояса, отеки стоп. Частота побочных эффектов при лечении коринфаром составила 44,7%, кардилом — 17,8% (головные боли — в 31,9 и 13,3% случаев, гиперемия кожных покровов — в 10,6 и 4,5%, отеки стоп — в 2,1 и 0%).

Для уточнения показаний к назначению кардила и коринфара у больных ГБ нами исследована эффективность препаратов в остром лекарственном тесте и при курсовом лечении. Установлено, что нарастание пульсового АД и тахикардия, наблюдаемые в остром тесте, сохраняются у данных пациентов и при курсовом лечении. Следовательно, назначение коринфара и кардила больным ГБ должно проводиться дифференцированно, с учетом типа гемодинамики и результатов острого теста. Коринфар показан всем больным ГБ с гипокинетическим типом кровообращения, кардил — пациентам с гипо- и эукинетическим характером гемодинамики. Коринфар при ГБ с эукинетическим и кардил при ГБ с гиперкинетическим типом кровообращения следует назначать с учетом результатов острого теста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров В. А., Поливода С. И., Кононович С. Н., Фиштейн И. М. // Кардиология. — 1988. — № 1. — С. 17—19.
2. Голощапов О. В., Голдабин В. И., Геллер А. Л., Машин А. А. // Тер. арх. — 1990. — № 10. — С. 149—152.
3. Голощапов О. В., Голдабин В. И. // Кардиология. — 1990. — № 12. — С. 63—64.
4. Гулиев А. Б., Рубанович А. И., Черноусова Т. В. и др. // Кардиология. — 1989. — № 4. — С. 54—58.
5. Ивлева А. Я., Моисеев В. С., Лепехин В. К. и др. // Кардиология. — 1989. — № 4. — С. 58—61.
6. Ольбинская Л. И. // Кардиология. — 1990. — № 12. — С. 100—103.
7. Ольбинская Л. И., Варганова О. А. Значение антагонистов кальция. — М., 1985.
8. Godfraind T. // Amtr. J. Cardiol. — 1987. — Vol. 59. — P. 11—23.

Поступила 14.12.94.

L. I. Gapon, L. V. Kremnëva, O. V. Abaturova

Summary

In the treatment by corinphar tachycardia is observed in 100 and 21,7% of patients and

УДК 616.988.23—06:616.13/16+616.839

**ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ
В ПОЗДНЕМ РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

З. А. Галимуллина, Э. М. Богданов, В. А. Якупова

*Кафедра неврологии и реабилитации (зав. — проф. Э. И. Богданов) Казанского
медицинского университета, специкола-интернат № 4 (директор — заслуж. учитель
Татарстана А. Д. Злотник), г. Казань*

Одной из важнейших проблем клинической неврологии являются расстройства, связанные с различными воздействиями на ЦНС во время беременности, родов и послеродовом периоде. Поражение ЦНС приводит к высокой смертности и инвалидизации больных с так называемым детским церебральным параличом (ДЦП).

На сегодняшний день, исходя из многочисленных работ по этиологии, патогенезу, нозологической принадлежности и клинике [1, 4, 6, 7], термин ДЦП для данной патологии нельзя считать адекватным. Больные не всегда дети (немало из них доживают и до преклонных лет); поражение далеко не всегда церебральное — в ряде случаев страдает спинной мозг [5] и, наконец, это не всегда паралич, так как у ряда больных имеются другие формы нарушения моторики. Однако в силу распространенности этого названия в широких врачебных кругах и отсутствия единой общепринятой классификации, в которой было бы учтено изложенное нами выше, мы считаем приемлемым использование термина ДЦП. Такое мнение основано на определении Т. Ингрума, согласно которому ДЦП — это общий собирательный диагноз для группы непрогрессирующих поражений головного мозга в раннем детском возрасте, клинически проявляющихся расстройствами моторики, а именно парезами, гиперкинезами, нарушениями координации и равновесия или их сочетанием [9].

Патогенез различных по этиологии форм ДЦП имеет общие особенности:

an increase of systolic arterial pressure — in 50 and 13% of persons with hyper- and eukinetic type of hemodynamics, respectively. Cardyl causes tachycardia more rarely — only in a part (41,2%) of patients with hyperkinetic type of circulation, an increase of systolic arterial pressure under its effect is not registered. Corinphar is indicated to patients with hypokinetic, cardyl-, hypo- and eukinetic nature of blood circulation.

поражения незрелого мозга и их «непрогрессируемость». Это обуславливает нарушение отдельных систем и связей мозга в развитии, определяемое как дизнейроонтогенез [6, 7]. Поэтому у таких больных часто невозможно выделить ведущий уровень поражения из-за первичного и вторичного нарушений многих структур ЦНС [1]. В данном аспекте изучаются расстройства сенсорных и моторных функций, разрабатываются реабилитационные программы коррекции двигательных и других нарушений у больных с ДЦП. Вместе с тем неясны многие вопросы патогенеза и клиники центральных вегетативных нарушений при ДЦП в позднем резидуальном периоде, который можно считать периодом завершения формирования нарушенных связей в ЦНС. Хотя имеются прямые доказательства участия вегетативной нервной системы (ВНС) при ДЦП в раннем периоде [4, 6], большинство работ на эту тему посвящено лишь отдельным клиническим феноменам поражения ВНС. Неизвестен механизм нарушений интегративной функции ВНС, обеспечивающей адаптацию организма, что особенно важно для реабилитационной практики. Последнее стало возможным благодаря разработке ряда новых методологических подходов. В основу принципов современной клинической нейровегетологии положено исследование вегетативного тонуса (ВТ), вегетативной реактивности (ВР) и вегетативного обеспечения деятельности (ВОД) [2, 3, 10].

Представляло интерес комплексное