

ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОДЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАКСА

Е. В. Цыбулина, Л. А. Емельянова

Кафедра факультетской терапии (зав.— проф. Е. В. Цыбулина) и кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. А. Ф. Жаркин) Волгоградского медицинского института

Реферат. Проведен сравнительный анализ эффективности антиангинальных препаратов (папаверина, персантина, интенсаина, нитронга, анаприлина) в сочетании с климактерической миокардиодистрофией у женщин. Полученные данные позволяют рекомендовать бета-адреноблокаторы (анаприлин, обзидан) для лечения ИБС у женщин на фоне патологического климакса для более широкого применения.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, климактерическая миокардиодистрофия, антиангинальные препараты.

1 таблица. Библиография: 6 названий.

Согласно литературным данным, назначение антиангинальных препаратов при миокардиодистрофиях в лучшем случае бесполезно [4]. Некоторые авторы указывают на развитие тяжелых кардиомиопатий при нерегламентированном применении коронаролитиков для лечения миокардиодистрофий [5]. Описаны варианты усугубления метаболических нарушений в миокарде после назначения антиангинальных средств [6]. Вопрос о рациональном подборе коронароактивного препарата для больных ИБС у женщин с явлениями патологического климактерия представляется довольно сложным и не может решаться шаблонно.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности некоторых коронароактивных средств при лечении ИБС у женщин на фоне патологического климактерия.

Контингент обследованных больных составили женщины в возрасте 45—55 лет, наблюдавшиеся у врача-кардиолога по поводу ИБС в течение 6—10 лет. Диагноз ИБС был установлен на основании типичной клиники (приступов стенокардии, перенесенных инфарктов миокарда) и комплекса функциональных проб (ЭКГ покоя, пробы на толерантность к физической нагрузке, пробы с обзиданом). Климактерический синдром клинически проявлялся вегетативно-сосудистыми пароксизмами, дисменореей, неадекватностью эмоций, астенизацией нервной системы и другими классическими признаками.

Обследовали больных с алгическими формами ИБС. Тяжесть коронарного атеросклероза соответствовала II степени согласно классификации Л. И. Фогельсона.

Недостаточность кровообращения не превышала II стадию. Изменения на ЭКГ выявляли нарушения процессов реполяризации различных локализаций.

При поступлении в стационар всех больных беспокоили боли в области сердца — от 1 до 5 приступов в неделю. У 16 женщин отмечались редкие экстрасистолы. 6 больных в прошлом перенесли мелкоочаговые инфаркты миокарда, 4 пациентки имели в анамнезе крупноочаговые инфаркты.

В зависимости от получаемого препарата все больные распределены на 5 групп по 15 человек в каждой. Контрольную группу составили 50 женщин в периоде физиологической менопаузы с аналогичными формами ИБС.

В течение 3—4 нед мы изучали влияние различных коронаролитиков на динамику ИБС и климактерического синдрома. Использовали следующие лекарственные средства: папаверин в суточной дозе 0,1 г парентерально, интенсаин в суточной дозе 0,225 г, персантин в такой же дозе, нитронг в таблетках, содержащих 2,6 мг нитроглицерина, по 3 приема в день. Дозу анаприлина после пробного приема устанавливали в количестве 20 мг, в среднем она составляла 60 мг в сутки. Проводили монотерапию слепым методом без применения плацебо.

Эффективность проводимого лечения определяли по динамике клинических проявлений ИБС (частоте и интенсивности ангинозных приступов, порогу физических усилий, при которых они проявлялись). Кроме того, учитывали срок лечения больного в стационаре, динамику показателей ЭКГ. Влияние препарата на климактерический синдром оценивали по частоте вегетативно-сосудистых кризов.

Результаты представлены в таблице, из которой видно, что у больных, лечившихся анаприлином, болевой синдром исчезал на 7—8 сут лечения, толерантность к физической нагрузке повышалась на 8—9 сут. На 10-й день госпитализации нормализовалась ЭКГ. Показатели тяжести климактерического синдрома имели четкую положительную тенденцию, начиная с 6—7-го дня лечения. Уменьшение тяжести

климактерического синдрома выражалось в урежении вегетативно-сосудистых пароксизмов, больные отмечали, что «приливы» стали менее тягостными и короткими.

Второе средство, которое эффективно при лечении ИБС на фоне патологического климакса, — нитронг. У больных, принимавших нитронг, болевой синдром продолжался всего 8 сут, через 3—4 дня после уменьшения болей нормализовалась ЭКГ. Порог физических усилий, при котором появлялись приступы стенокардии, повышался, начиная с 6-го дня лечения. Частота и выраженность «приливов» уменьшалась на 10-й день пребывания в стационаре.

Результаты лечения персантином и интенсаином были примерно одинаковыми. Боли в области сердца практически беспокоили женщин весь срок лечения этими препаратами и уменьшались только за 2—3 дня до выписки. Нормализация ЭКГ у большинства обследованных наступала в последний день лечения. Наиболее наглядным показателем улучшения состояния больных следует считать повышение толе-

Влияние коронароактивных препаратов на проявления ишемической болезни сердца и климактерического синдрома

Показатели	Группа	Препараты				
		папаверин	персантин	интенсаин	нитронг	анаприлин
Боли в области сердца	Основ.	29,19±0,24 <i>P</i> <0,05	23,16±0,32 <i>P</i> <0,05	25,19±0,36 <i>P</i> <0,05	8,61±0,41 <i>P</i> <0,05	7,62±0,21 <i>P</i> <0,05
	Контр.	22,21±0,8	18,12±0,31	16,94±0,27	8,32±0,39	16,72±0,30
ЭКГ	Основ.	29,02±0,34 <i>P</i> <0,05	27,12±0,41 <i>P</i> <0,05	27,26±0,39 <i>P</i> <0,05	11,91±0,32 <i>P</i> <0,05	10,34±0,18 <i>P</i> <0,05
	Контр.	27,16±0,26	24,19±0,29	20,16±0,31	10,16±0,24	10,11±0,61
Толерантность к физической нагрузке	Основ.	27,64±0,28	9,16±0,37	8,94±0,42	6,48±0,34	8,64±0,31
	Контр.	27,11±0,21	15,72±0,19	17,21±0,28	12,12±0,26	16,18±0,32
Вегетативные кризы	Основ.	30,01±0,17	24,18±0,27	26,31±0,30	10,14±0,24	6,83±0,28
	Контр.	—	—	—	—	—
Срок лечения в стационаре	Основ.	32,64±0,36	27,72±0,31	28,17±0,29	20,41±0,38	18,62±0,44
	Контр.	30,01±0,17	24,18±0,27	26,31±0,30	18,16±0,28	17,01±0,37

Примечание: Показатели представлены в днях. Для подсчета средней использован день начала положительной динамики симптома.

рантности к нагрузке (на 9-й день лечения). Персантин и интенсаин влияния на климактерический синдром не оказывали.

Изолированное лечение папаверином больных ИБС на фоне патологического климактерия, по нашим данным, можно считать нецелесообразным, поскольку почти половина больных этой группы жаловалась на боли в области сердца в день выписки из стационара. Частота и продолжительность вегетативных кризов не изменялись.

В контрольной группе больных, независимо от применяемого препарата, показатели эффективности лечения ИБС были значительно лучше (*P* ≤ 0,05). Это указывает на более высокую толерантность к лечению ИБС на фоне патологического климактерия.

Как по силе антиангинального действия, так и по выраженности положительного влияния на климактерический синдром среди изученных препаратов наиболее эффективны анаприлин, а затем нитронг. Высокая результативность применения бета-адреноблокаторов при лечении миокардиодистрофий уже отмечалась некоторыми исследователями [3]. Было показано, что применение бета-адренолитиков при лечении миокардиодистрофий снижает активность симпатно-адреналовой системы, тормозит влияние катехоламинов на миокард. Механизм антиангинального действия бета-блокаторов связан с уменьшением скорости потребления кислорода сердцем. В отличие от других препаратов аналогичного действия бета-блокаторы не изменяют концентрации АТФ и креатинфосфата в миокардиоците, что благоприятствует уменьшению метаболических нарушений в сердечной мышце. Кроме того, эффективность анаприлина, может быть, связана с его способностью увеличивать внутриклеточную концентрацию калия в сердечной мышце [1].

Эффект нитронга, возможно, объясняется улучшением церебральной гемодинамики [2].

Таким образом, полученные нами данные позволяют рекомендовать бета-адреноблокаторы для лечения ИБС у женщин в период патологического климакса для более широкого применения. У больных данной категории можно также расширить показания к применению пролонгированных нитритов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголюбов В. М., Лыскова М. Н., Грибкова И. Н., Круглова З. Г. Кардиология, 1976, 1.—2. Виноградов А. В. В кн.: Дифференциальный диагноз внутренних болезней. М., 1980.—3. Воробьев А. И., Шишкова Т. В., Коломейцева И. П. В кн.: Кардиалгии. М., 1980.—4. Маколкин В. И., Сыркин А. Л., Аллилуев И. Т. и др. Кардиология, 1980, 11.—5. Уайтингтон Дж. Р., Рефтери Е. Б. Тер. арх., 1980, 5.—6. Чекунова М. П., Суворов И. М., Зенкевич Е. С. и др. Кардиология, 1980, 11.

Поступила 22 марта 1982 г.

УДК 616.13—002.18—072

МЕСТО АНГИОГРАФИИ, ОСЦИЛЛОГРАФИИ И РЕОГРАФИИ В ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М. Н. Малиновский, А. А. Замалетдинов, В. Е. Мамаев

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. М. Ф. Мусин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, Республиканская клиническая больница МЗ ТАССР (главврач—канд. мед. наук М. В. Буйлин)

Резюме. Проведено сопоставление данных ангиографического, осциллографического и реографического методов исследований 63 больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. Установлено, что артериальная осциллография и реовазография объективно отражают и документируют изменения, происходящие в артериальном русле больных облитерирующим эндартериитом и атеросклерозом, исключительно при их комплексном использовании. Фармакологическая проба с нитроглицерином позволяет дифференцировать органические и функциональные сдвиги в артериальном русле только в начальной стадии заболевания, в более поздних периодах она лишь помогает в прогнозировании течения болезни. Ангиографические методы обследования уточняют диагноз, локализацию и протяженность облитерирующего процесса.

Ключевые слова: нижние конечности, эндартерииты, ангиография, осциллография, реография.

В опубликованных работах, посвященных ангиографии, осциллографии и реографии, эти методы рассматриваются в отдельности или данные ангиографии сопоставляются с одним из электрофункциональных исследований.

Мы поставили перед собой цель — провести сравнительное изучение диагностической ценности ангиографии, осциллографии и реографии в комплексном обследовании больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. 63 больным с облитерирующими заболеваниями аорто-подвздошных сегментов и артерий нижних конечностей было проведено 65 ангиографических, 315 осциллографических и 765 реографических исследований. Из ангиографических методов применяли пункционную транслюмбальную аортографию (у 30), чрезкожную пункционную артериографию (у 22), чрезкожную катетеризационную артериографию по Сельдингеру (у 13 больных).

По нашим наблюдениям, в первой стадии облитерирующего процесса, когда клинически не удается обнаружить четких признаков артериальной недостаточности, на ангиограммах определяются явления ангиоспазма при эндартериите и сегментарного стеноза при атеросклерозе. При ангиоспазме рентгенологически на фоне обедненного сосудистого рисунка просматриваются неравномерное сужение магистральных артерий в дистальных отделах голени и отсутствие контрастирования их на стопе. Артерии 1 и 2-го порядка контрастируются неравномерно, часть из них имеет обрубленные концы.

Атеросклероз в первой стадии ангиографически проявляется сужением артериального русла на ограниченном участке за счет дефектов наполнения, контуры артерий на этом уровне становятся неровными, иногда нечеткими. Сеть мышечных артерий не изменена или имеется сужение их устьев.

Осциллограммы в этой (1) стадии, снятые с нижней трети бедра и верхней трети голени, всегда пульсирующие. Величина осциллографического индекса (ОИ) снижена в различной степени, тип кривой — гипертонический (то есть осцилляции на протяжении всей осциллограммы имеют небольшую разницу в величине), но