

616.1/9(063)
С 94
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

Республиканское Научное общество терапевтов

*Посвящается 60-летию Великой
Октябрьской социалистической револю-
ции*

Х СЪЕЗД ТЕРАПЕВТОВ УССР

Тезисы докладов

357078

2



ОДЕССА, 1977

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Л. И. Алейникова (зам. отв. ред.), Г. И. Бур-
чинский (зам. отв. ред.), И. М. Ганджа, А. П. Пе-
лещук, Н. Н. Пленов, О. А. Пятак (зам. отв. ред.),
Е. А. Ревуцкий, А. Е. Романенко (отв. ред.),
И. И. Сахарчук, А. А. Фомина (отв. секретарь).

Исследования проведены на белых крысах обоего пола весом 160—220 г. Содержание свободных сульфгидрильных групп определяли методом амперометрического титрования в модификации С. Н. Нистратовой (1959). Экспериментальную недостаточность гемодинамического типа вызывали по методу Безнак в модификации А. Х. Когана. Сердечные гликозиды вводили внутримышечно однократно, конваллятоксин — в дозе 0,007 мг/кг и 0,07 мг/кг; коргликон — 0,02 мг/кг и 0,2 мг/кг. Сердце брали на исследование через 40—60 мин. после введения препаратов у интактных крыс и через 70—90 мин. при недостаточности.

У интактных крыс конваллятоксин и коргликон в условно терапевтических дозах 0,07 мг/кг и 0,02 мг/кг существенного влияния на изучаемые показатели не оказывали, а в токсических дозах (соответственно 0,07 мг/кг и 0,2 мг/кг) — понижали содержание SH-групп, конваллятоксин на 52,8%, коргликон на 25,4%.

При недостаточности сердца количество сульфгидрильных групп уменьшается на 42,9%, при введении же исследованных препаратов на этом фоне отмечается тенденция к нормализации содержания SH-групп особенно выраженная у конваллятоксина.

Коргликон обладает более слабым действием на изучаемый показатель. Наиболее сильным эффектом обладает строфантин, затем конваллятоксин и коргликон.

Уменьшение количества SH-групп при введении конваллятоксина и коргликона в токсической дозе, а также при недостаточности сердца, возможно, связано с блокадой сульфгидрильных групп транспортной АТФ-азы. Об этом свидетельствуют результаты опытов по изучению применения конваллятоксина на фоне унитиола (донатор свободных SH-групп); конваллятоксин на фоне унитиола приводит к полной нормализации содержания сульфгидрильных групп в миокарде.

**ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ
КИНИНОВОЙ И СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМ ДЛЯ
ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
СЕРДЦА**

**З. Е. ГРИГОРЬЕВА, А. Д. ВИЗИР, Ю. Р. КАЛЬЧЕНКО,
Ф. Г. КОРОБЕЙНИК,
С. Г. ПОТЕМКИНА, Т. А. СУЛИМА, Л. Н. ЩЕРБИНА**

(Запорожье)

Обследовано 613 больных в возрасте от 19 до 80 лет, мужчин — 345, женщин — 268. Ишемическая болезнь сердца диагностирована у 222 больных: стенокардия — у 39, инфаркт

миокарда — у 97, кардиосклероз в безболевого периоде — у 86 больных. 391 человек страдали гипертонической болезнью: I стадии — 19, II — 324 и III — 48 больных. Хроническая сердечная недостаточность диагностирована у 454 больных: I стадии у 264, IIA — у 138, IIB — у 41 и III стадии — у 11 больных. Контрольную группу составили 126 практически здоровых лиц в возрасте 20—25 лет.

Мы провели комплексное исследование компонентов кининовой системы крови и почек (кининообразующих ферментов, субстрата кининов — кининогена и активных кининов мочи), а также симпатико-адреналовой системы: предшественника катехоламинов (дофа), собственно катехоламинов (адреналина, норадреналина, дофамина) и продукта инактивации катехоламинов — ванилил-миндальной кислоты (ВМК).

Оказалось, что: а) при стенокардии активность кининовой системы (КС) крови тем выше, чем длительнее и выраженнее болевой синдром; б) в остром периоде инфаркта миокарда значительное повышение серотонина характерно для крупноочагового инфаркта; в) во время стенокардии при ишемической болезни сердца суточная экскреция катехоламинов увеличивается; г) повышение активности КС крови и снижение активности КС почек при ишемической болезни может свидетельствовать о начинающейся сердечно-сосудистой недостаточности; д) экскреция ВМК не отражает состояние обмена катехоламинов и не может быть использована в диагностике; е) у больных гипертонической болезни I стадии активность КС крови и почек повышена. По мере прогрессирования гипертонической болезни КС почек истощается, активность КС крови остается повышенной.

Рекомендована патогенетическая терапия: 1) в период становления гипертонической болезни — активаторы кининовой системы (ангиотрофин, каллидин-депо) и препараты, угнетающие активность симпатико-адреналовой системы (резерпин, допегит и др.), ингибиторы МАО (ипразид, феназин, фенилпразин, мерплан и др.). Во IIB — III стадии гипертонической болезни назначение активаторов КС является менее целесообразным. При стенокардии могут быть рекомендованы ингибиторы МАО, блокаторы β -адренергических структур.

О ВОЗМОЖНОСТЯХ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ РИТМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

А. Г. ДЕМБО, Э. В. ЗЕМЦОВСКИЙ

(Ленинград)

Новый метод изучения сердечного ритма, названный в англо-американской литературе скаттерографией, а у нас, по предложению Е. А. Березного, корреляционной ритмографией