

3. Корабельщикова Н. И., Бычко М. В., Ришко Н. В. // *Врачеб. дело.* — 1985. — № 5. — С. 19–21.
4. Лутай М. И. Клинико-функциональная характеристика течения и прогноз ишемической болезни сердца: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — К., 1990. — 32 с.
5. Лутай М. И., Соколов Ю. Н., Цык А. В. и др. // *Укр. кардіол. журн.* — 1997. — № 1. — С. 14–16.
6. Люсов В. А., Дюков И. В., Катышкина И. В. и др. // *Нижегород. мед. журн.* — 1994. — № 1. — С. 28–32.
7. Мареев В. Ю., Первез Г., Лопатин Ю. М. и др. // *Кардиология.* — 1994. — № 5–6. — С. 99–105.
8. Фуркало Н. К., Лутай М. И., Дорогой А. Н. и др. // *Опыт длительного лечения больных ишемической болезнью сердца: Тез. докл. науч. сес.* — Тбилиси, 1985. — С. 416–418.
9. Фуркало Н. К., Лутай М. И., Воронков Л. Г. и др. // *Опыт длительной антиангинальной терапии больных ишемической болезнью сердца: Материалы VIII съезда терапевтов Грузии.* — Тбилиси, 1989. — С. 104–106.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОПРАНОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

М. В. Бычко (Ужгород)

Обследовано 314 больных ИБС I–III функционального класса, которым длительно (3 года) проводили монотерапию пропранололом. Установлено, что длительный приём β -адреноблокатора не вызывает угнетения сократительной способности миокарда, уменьшает гемореологические нарушения, значительно улучшает клиническое течение заболевания, препятствуя трансформации стенокардии высоких напряжений в стенокардию малых напряжений.

RESULTS OF A LONG-TERM ADMINISTRATION OF PROPRANOLOL IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

N. V. Bychko (Uzhgorod)

As many as 314 patients with functional class I–III ischemic heart disease (IHD) who had been placed on a long-term (3-year) monotherapy with propranolol were examined. Under a long-term administration of a beta-adrenoblocking agent no suppression has been seen of the contractile capability of the myocardium; there is noted an improvement in hemorheologic disturbances and a significantly greater improvement in the clinical course of the illness — it has been found out the therapy prevents transformation of angina of high effort to angina of low effort.

П. Р. ІВАНЧУК (Чернівці)

НІФЕДИПІН ПРОЛОНГОВАНОЇ ДІЇ У ВТОРИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Буковинська медична академія

Ішемічна хвороба серця (ІХС) та інші серцево-судинні захворювання (ССЗ) є головною причиною смерті в більшості розвинених країн і багатьох країнах, що розвиваються. Вони призводять до непрацездатності та інвалідності й зумовлюють значне збільшення соціальних витрат. У різних країнах смертність від ССЗ, зокрема від ІХС, характеризується суттєвими відмінностями [1].

Протягом останніх років в Україні спостерігається негативна тенденція щодо збільшення смертності, захворюваності та інвалідності від хвороб серцево-судинної системи, перш за все за рахунок ІХС [3].

Рання об'єктивізація стану хворих, оптимізація медикаментозного лікування, прогнозування подальшого перебігу захворювання із застосуванням отриманих результатів для визначення груп підвищеного ризику залишаються актуальними на даний період розвитку кардіології. Протягом останніх років обґрунтована і доведена доцільність використання стрес-тестів у діагностиці органічних захворювань серця — хронічних і гострих форм [6].

Зміна регіонарної фракції викиду міокарда лівого шлуночка до та після прийому ніфедипіну пролонгованої дії ($M \pm m$)

Показник	Сегмент											
	РФВ _I	РФВ _{II}	РФВ _{III}	РФВ _{IV}	РФВ _V	РФВ _{VI}	РФВ _{VII}	РФВ _{VIII}	РФВ _{IX}	РФВ _X	РФВ _{XI}	РФВ _{XII}
Регіонарна фракція викиду ЛШ до прийому	29,2±4,3	36,7±7,6	30,5±8,2	30,5±8,2	35,3±7,6	30,6±3,5	32,4±3,8	29,8±4,4	21,4±4,4	15,9±5,5	24±5	27,9±3,5
після прийому	29,9±4,2	49,7±5,8	40,2±6,6	38,8±6,9	38,8±4,6	27,1±5,5	27,3±4,9	31,2±3,4	30,1±6,2	31,7±5,2	28,4±3,9	22,1±3,3

* $P < 0,01$.

Використання антагоністів кальцію (АК) пов'язано з труднощами через негативне ставлення хворих після перенесеного інфаркту міокарда за результатами досліджень SPRINT-1 (ніфедипін — збільшення смертності) і SPRINT-2 (ніфедипін — припинено дослідження через збільшення смертності), в той час як дослідження DEFIANT (нісолдипін) свідчить про підвищення ФВ на 1% і покращання діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) [7].

Останнім часом велику увагу приділяють АК другого покоління, особливо тривалої дії, яким властива більш висока вазоселективність, менш виражена негативна інотропна дія і, можливо, повна відсутність стимулюючого впливу на нейрогуморальні системи [4].

Метою роботи було визначення ефективності застосування пролонгованої форми ніфедипіну за даними гострого медикаментозного тесту з оцінкою стану регіонарної скоротливості ЛШ у хворих на ІХС.

Обстежено 20 хворих із стабільною стенокардією II функціонального класу, всі чоловіки віком ($48,1 \pm 4,0$) року. Всім хворим проводили гострий фармакологічний стрес-тест з ніфедипіном пролонгованої дії в дозі 20 мг сублінгвально в умовах ехокардіографії з визначенням систолічного (АТ_с) та діастолічного (АТ_д) артеріального тиску, кінцево-діастолічного (КДР) та кінцево-систолічного (КСР) розмірів ЛШ, загальної (ЗФВ) та регіонарної (РФВ) фракції викиду ЛШ у 12 сегментах до та під час стрес-тесту. Ехокардіографію виконували на апараті Interspec XL фірми "BBC Medical Electronic AB" (США) в М- та В-режимах, в 2- та 4-камерних зображеннях з реєстрацією ЗФВ та використанням власної математичної моделі напівавтоматичного графоаналізатора, адаптованої для PC-Pentium II₀, з розрахунком РФВ у 12 сегментах як відношення різниці площ даного сегмента в діастолу та систолу до площі в діастолу. Площу визначали методом заповнення Гуро криволінійної фігури, яка була сегментом ЛШ. Зіставляли вихідні показники та на висоті дії препарату через 3 год після його прийому.

Аналіз клініко-функціональних параметрів свідчить про такі зміни показників, що визначалися. Динаміка АТ: АТ_с — ($150,5 \pm 6,9$) мм рт. ст. до прийому та ($128,0 \pm 4,1$) мм рт. ст. після прийому препарату ($P < 0,01$), АТ_д — ($86,5 \pm 5,0$) мм рт. ст. та ($79,5 \pm 2,0$) мм рт. ст. відповідно ($P > 0,05$).

Змін КДР не відбулося і середній показник становив ($5,5 \pm 0,1$) см, показник КСР до прийому препарату становив ($3,9 \pm 0,08$) см, після стрес-тесту з ніфедипіном пролонгованої форми зменшився до ($3,6 \pm 0,06$) см ($P < 0,001$).

Відмічалось подовження на фоні прийому ніфедипіну пролонгованої дії ЗФВ від 55,9% до лікування до 62,7% ($P < 0,001$) на фоні прийому пролонгованої форми препарату.

Щодо динаміки РФВ в 12 сегментах (таблиця), то до лікування в сегментах РФВ_{II}–РФВ_{IV} та РФВ_{IX}–РФВ_X спостерігалася гіперкінезія, а в сегментах РФВ_{VI}–РФВ_{VII} — гіперкінезія. Як свідчать отримані результати, застосування ніфедипіну пролонгованої дії в гострому тесті привело до покращання РФВ. Аналіз

ехокардіограми показав тенденцію до збільшення РФВ (особливо РФВ_{II}–РФВ_{IV} та РФВ_{IX}–РФВ_X), в сегментах РФВ_{II} та РФВ_X зміни були достовірними ($P < 0,01$).

Таким чином, ніфедипін пролонгованої дії позитивно впливає на кровопостачання міокарда за рахунок зниження тонуусу середніх і малих артеріальних судин внаслідок зменшення чутливості рецепторів судинної стінки до вазоконстрикторного впливу симпатичного відділу вегетативної нервової системи та внутрішньоклітинного нагромадження кальцію [5], зменшує ішемію міокарда [8] завдяки покращанню його регіонарної скоротливості [3]. Його можна застосовувати в профілактиці ІХС з метою запобігання розвитку пошкоджень міокарда та серцевої недостатності.

С п и с о к л і т е р а т у р и

1. *Возіанов О. Ф.* // Журн. АМН України. — 1996. — Т. 2, № 2. — С. 191–199.
2. *Карпов Ю. А.* // Кардиология. — 2000. — № 10. — С. 52–55.
3. *Коваленко В. М.* // Матеріали VI конгр. кардіологів України. — К., 2000. — С. 22–24.
4. *Курбанов Р. Д., Шек А. Б., Гочкина М. В., Пулатов С. Ф.* // Кардиология. — 2000. — № 10. — С. 47–49.
5. *Prisant L. M.* // Ethn. Dis. — 1998. — Vol. 8, N 1. — P. 98–102.
6. *Sans S., Kesteloot H., Kromhout G.* // Europ. Heart J. — 1997. — Vol. 18. — P. 1231–1248.
7. *Schroder K., Voller H., Dingercus H. et al.* // Am. J. Cardiol. — 1996. — Vol. 77. — N 11. — P. 909–914.
8. *MaWhinney S., Brown E. R., Malcolm J. et al.* // Ann. Thorac. Surg. — 2000. — Vol. 70, N 3. — P. 702–710.

НИФЕДИПИН ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

П. Р. Иванчук (Черновцы)

Для определения роли оценки гемодинамики во вторичной профилактике ишемической болезни сердца (ИБС) обследовано 20 больных со стабильной стенокардией II функционального класса. Больным проводили острый фармакологический стресс-тест с нифедипином пролонгированного действия в дозе 20 мг сублингвально в условиях эхокардиографии с определением регионарной фракции выброса (РФВ) левого желудочка в 12 сегментах.

Полученные результаты эхокардиографии свидетельствуют о тенденции к увеличению РФВ (особенно РФВ_{II-IV} и РФВ_{IX-X}), в сегментах РФВ_{II} та РФВ_X изменения были достоверными. Таким образом, нифедипин пролонгированного действия оказывает положительное влияние на регионарную сократительность миокарда как антиишемическое средство и может быть использован в профилактике ИБС с целью предупреждения прогрессирования сердечной недостаточности.

LONG-ACTING NIFEDIPINE IN SECONDARY PROPHYLAXIS AGAINST ISCHEMIC HEART DISEASE: ANALYSIS OF REGIONAL CONTRACTILITY OF THE MYOCARDIUM

P. R. Ivanchuk (Chernovtsy)

As many as twelve patients with functional class II stable angina were examined to establish the role of assessment of hemodynamics in secondary prophylaxis of ischemic heart disease (IHD). In all patients, an acute pharmacological stress-test with a long-acting nifedipine in a dose of 10 mg sublingually was conducted together with echocardiography (EchoCG) and measuring the regional ejection fraction (REF) of the left ventricle in 12 segments.

The findings obtained from EchoCG suggest a tendency toward augmentation of REF, especially REF₂₋₄ and REF₉₋₁₀, the changes have been significant in REF_{II} and REF_X. Thus, nifedipine has a positive effect on regional contractility of the myocardium as an antiischemic agent; it can be used in prophylaxis against IHD with the purpose of improving prognosis and quality of life of patients.