

Из 38 больных с атеросклерозом имели изменения БКГ I степени — 5, II степени — 1, III степени — 6, IV степени — остальные 26.

Изменения БКГ, видимо, зависят от степени выраженности атеросклероза коронарных сосудов и их функциональной способности реагировать на различные влияния, а также от возникновения рубцов мышцы сердца, обусловленных атеросклеротическим миокардиосклерозом.

Перенесших инфаркт миокарда было обследовано 5, из них у 4 был инфаркт миокарда передней стенки, у 1 инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка. У остальных 32 больных наблюдалась хроническая коронарная недостаточность, проявляющаяся частыми приступами стенокардии. У больных после перенесенного инфаркта миокарда БКГ была мало измененной, что, видимо, зависит от состояния деятельности сердечной мышцы и, если ее функция была относительно не нарушена, то БКГ даже после дважды перенесенного инфаркта миокарда не давала существенных отклонений.

Проведенные наблюдения позволяют нам высказать следующие предварительные выводы:

1. БКГ определяет лишь степень нарушения сердечной деятельности, независимо от того, чем она вызвана. Видимо, поэтому пока не удается выделить типичных БКГ для отдельных заболеваний.

2. БКГ не обнаруживает в ряде случаев перенесенного инфаркта миокарда, а также рубцовых изменений, если деятельность сердца протекает относительно нормально.

В случае же нарушения кровотока в коронарных сосудах любой этиологии БКГ существенно изменяется.

3. При улучшении кровоснабжения сердца зубцы БКГ могут приобретать нормальную форму и правильный ритм, тогда как ЭКГ остается патологической. Следовательно, показателем улучшения коронарного кровообращения в случаях значительно измененной мышцы сердца может служить и улучшение БКГ.

4. БКГ не отражает локализации пораженного участка сердечной мышцы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Док В., Мандельбаум Г., Мандельбаум Р. Баллистокардиография. Медгиз, 1956.
2. Парин В. В. Клиническая медицина, 1956, т. XXXIV, № 6, стр. 12—24.
3. Парин В. В., Мареева В. Атеросклероз и коронарная недостаточность. Медгиз, 1956, стр. 235—248.
4. Парин В. В., Мареев А. В. Терапевтический архив, 1956, вып. 2, стр. 19—22.
5. Brown H. R., Hoffman M. J., de Lolla V., Epstein M. A. Clinical ballistocardiography. New York, 1952.

Поступила 13 января 1958 г.

БАЛЛИСТОКАРДИОГРАММА ПРИ ПОРОКАХ СЕРДЦА

Б. Д. Рудой

Из факультетской терапевтической клиники (зав. — проф. Н. Е. Кавецкий)
Куйбышевского медицинского института

Целью нашей работы было изучение баллистокардиограммы (БКГ) при различных пороках сердца и попытка выявить характерные изменения БКГ для отдельных видов пороков сердца, их зависимость от недостаточности кровообращения (в той или иной степени).

При записи БКГ мы пользовались баллистокардиографической приставкой электромагнитного типа, запись производилась на электрокардиографе ЭКП-4. Напряжению в $1\mu V$ соответствовал 1 см на плен-

ке. При производстве записи выполнялись условия, рекомендуемые в соответствующих руководствах.

Для характеристики изменений БКГ мы пользовались, в основном, классификацией Броуна. БКГ у всех больных снимались при спокойном дыхании и глубоком вдохе.

Нами обследовано 45 больных с различными пороками сердца. Из 45 больных мужчин было 17, женщин — 28. Возраст больных был от 19 до 54 лет.

У 5 больных была недостаточность митрального клапана, у 31 имелись стеноз левого венозного устья и недостаточность двустворчатого клапана. Больных с комбинированными митральными-аортальными пороками было 7 человек. С врожденными пороками сердца было 2 человека, у обоих имелся дефект межжелудочковой перегородки.

С недостаточностью кровообращения было 30 человек. Из них при комбинированных митральных пороках недостаточность кровообращения I степени была у 4 человек, II «А» степени — у 9, II «Б» степени — у 8, III степени — у 2, при комбинированных митральных и аортальных пороках у всех 7 человек была недостаточность кровообращения II «А» степени.

По классификации Броуна, в наших исследованиях при недостаточности митрального клапана БКГ II степени патологии была во всех 5 случаях. При комбинированных митральных пороках БКГ II степени патологии была у 8, III степени — у 16, IV — у 7 человек. При комбинированных митральных и аортальных пороках БКГ III степени патологии — во всех 7 случаях. При врожденных пороках в обоих случаях — БКГ II степени патологии. При этом БКГ III и IV степеней патологии были тогда, когда наблюдалась выраженная недостаточность кровообращения. А II степени — в основном в случаях отсутствия явной недостаточности кровообращения, а также в 2 случаях благоприятного исхода операции по поводу стеноза митрального отверстия.

По-видимому, степень изменений БКГ соответствует степени недостаточности кровообращения и является наиболее ранним сигналом изменения состояния функции сердца. Так, у больных только с недостаточностью митрального клапана и без недостаточности кровообращения (порок только начинал формироваться) на высоте вдоха обнаруживалось увеличение зубцов БКГ всего комплекса, в то время как при отсутствии недостаточности кровообращения, но уже сформированном комбинированном митральном пороке, отмечалось уменьшение зубцов БКГ на высоте вдоха.

Хотя процентное соотношение $\frac{HI}{Ij}$ и $\frac{jK}{KL}$ имели тенденцию к понижению в том и в другом случае, а соотношение $\frac{Ij}{jK}$ — тенденцию к повышению, увеличение зубцов комплекса БКГ имелось при том же пороке сердца и в случае недостаточности кровообращения I и II «А» степеней, и в случаях комбинированного митрального и аортального пороков (недостаточность кровообращения II «А» степени). При недостаточности кровообращения II «Б» степени при комбинированных митральных пороках закономерности изменения БКГ получить не удалось. При недостаточности кровообращения I и II «А» степеней увеличивалось процентное соотношение и $\frac{HI}{Ij}$ и $\frac{jK}{KL}$ и уменьшалось соотношение $\frac{Ij}{jK}$ во время вдоха.

Во всех случаях комбинированных митральных и аортальных пороков наблюдались большие зубцы комплекса IjK. Так как в случаях

только митрального порока большие зубцы этого комплекса отсутствовали, то вероятно, что они характерны для комбинированных аортальных пороков.

Все сказанное позволяет утверждать полезность использования метода БКГ при исследовании больных с пороками сердца.

Поступила 23 декабря 1957 г.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ДИЕТОТЕРАПИИ ОЖИРЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ИЦЕНКО — КУШИНГА

Асс. А. Г. Ибрагимова

Из кафедры факультетской терапии (зав. — проф. З. И. Малкин)
Казанского медицинского института

В настоящее время различают болезнь Кушинга, когда поражается гипофиз (базофильная аденома) и синдром Кушинга, при котором страдают чаще или надпочечники, или яичники, или зубная железа. Ряд авторов, как Цондек, Бенда и Бауэр, полагают, что синдром Кушинга обуславливается поражением ряда желез и среди них, прежде всего, изменениями в коре надпочечников.

Мы наблюдали больного с синдромом Иценко — Кушинга.

Г., 50 лет, поступил в терапевтическое отделение Республиканской клинической больницы 27/1-58 г. с жалобами на слабость, одышку, головную боль, сонливость, импотенцию, отеки ног и лица.

Считает себя больным около 6 лет, когда впервые стал отмечать одышку, отеки ног и лица. Через 4 года было выявлено повышение артериального давления, появились головная боль, слабость. Больной начал постепенно полнеть. В момент поступления вес — 114,5 кг. Систематически лечился как амбулаторно, так и стационарно. Диагностировались гипертоническая болезнь, ожирение, кардиосклероз, эмфизема легких и т. п.

Больной рос и развивался в неблагоприятных условиях. В анамнезе много физических и психических травм. В 1950 г. была травма головы тяжелым предметом. Из инфекционных заболеваний перенес тиф (какой — неизвестно), гоноррею, туберкулез лимфатических узлов и плечевой кости, а также малярию. Не курит, алкоголь употреблял умеренно. Женат, имеет 6 здоровых детей, жена здорова. Отец умер в глубокой старости (в 102 года), мать — от туберкулеза легких.

Объективно: выраженное ожирение с наибольшим скоплением жира в области живота, ягодиц и бедер. Отеки голеней и лица. Лицо лунообразно с застойной гиперемией. На бедрах и животе *striae cutis distensae*. Акроцианоз. Одышка, дыхание ритмичное, 23 в *мин*. Со стороны легких — ограничение подвижности легочных краев, жестковатое дыхание. Левая граница сердца на 3 см влево от левой средне-ключичной линии, правая — на 2 см вправо от правой грудной линии, верхняя — по нижнему краю III ребра. Тоны сердца чистые, приглушены, акцент II тона на аорте. Пульс — 100, хорошего наполнения, ритмичный. Артериальное давление — 150/100. Обследование органов пищеварения и мочеиспускания патологии не выявило. Эмоционально лабилен, повышенная потливость.

Рентгеноскопия органов грудной клетки показала высокое положение обоих куполов диафрагмы, расширение корней легких, резкое расширение и уплотнение аорты, увеличение размеров сердца за счет гипертрофии и расширения левого и правого желудочков.

Кровь: гем. — 112 ед., (18,6 г%), эр. — 5 850 000, ц. п. — 1, Л. — 6 600, п. — 1%, с. — 65%, э. — 3%, л. — 25%, м. — 6%, РОЭ — 1 мм/час. Реакция Вассермана отрицательная, сахар крови — 147 мг%, холестерин — 160 мг%.

Суточный диурез — 800 см³. Содержание 17-кетостероидов в суточном количестве мочи — 31,6 мг.

На рентгенограмме турецкое седло без особенностей. Глазное дно без существенных изменений. Рост больного — 158 см. Резкая слабость у больного, ожирение, импотенция, лунообразное лицо, характерные полосы растяжения на коже бедер и живота, гипертония — все это укладывалось в картину синдрома Иценко — Кушинга. Увеличенное содержание 17-кетостероидов указывало на гиперфункцию надпочечников.

За время пребывания в стационаре состояние больного заметно улучшилось. После проведенного лечения (рисово-овощная гипохлоридная диета, тиреоидин, изо-