

2. Основной обмен у больных со злокачественными новообразованиями повышен, особенно в запущенных случаях рака яичников.

3. Падение дыхательного коэффициента ниже средненормальных цифр свидетельствует о нарушении жира-липоидного обмена у больных со злокачественными новообразованиями женских половых органов.

4. У части больных, страдающих фибромиомами, отмечается незначительное повышение основного обмена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаронов А. М. Гинек. и акуш. 1930, 2. — 2. Исиченко Н. А. Пробл. эндокринол. и гормонотерап. 1959, 6. — 3. Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. Медгиз, М., 1961. — 4. Колсанов Н. А. Сб. докладов «Городская научно-практическая конференция по диагностике и лечению предраковых заблуждений». Казанский Горздравотдел, Казанский ГИДУВ, Казань, 1962. — 5. Левин А. О. Газообмен при раке желудка. Автореф. канд. дисс. Л., 1956. — 6. Мурза В. А. Функциональное состояние коры надпочечников и щитовидной железы при ревматизме. Автореф. канд. дисс. Вильнюс, 1962. — 7. Михайлов В. С. и Заграфов Д. Г. Вопр. онкол. 1962, 8. — 8. Ольянская Р. П. Пробл. эндокр. и гормонотер. 1955, 6. — 9. Токовой В. А. Вопр. онкол. 1964, 10. — 10. Фесенко Л. М. Там же. 1962, 12. — 11. Шик Л. Л. Труды конф. по изучению газового обмена. Совет народного хозяйства Татарского экономического административного района. Казань, 1961.

УДК 616.1 — 618.2

ОСОБЕННОСТИ ФАЗОВОЙ СТРУКТУРЫ СЕРДЕЧНОГО СОКРАЩЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ БЕРЕМЕННЫХ

(Сообщение 1)

Н. П. Михайлова, Г. А. Калашникова, Т. А. Шатрова

Кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав.— доц. Н. П. Михайлова) и кафедра факультетской терапии (зав.— проф. А. И. Гефтер) Горьковского медицинского института

Широкое внедрение в практику фонокардиографии и совершенствование ее позволили изучать гемодинамику сердечного цикла, что допускает в какой-то мере объективную оценку функционального состояния сердечной деятельности.

Возможность раздельного определения фаз систолы сердца, позволяющих характеризовать сократительную функцию миокарда, определяет функционально-диагностическое значение метода поликардиографии.

Изучение фазовой структуры сердечного сокращения приобретает большое значение в акушерстве, так как нормальная беременность предъявляет повышенные требования к работе сердца.

Количество крови, выбрасываемое желудочками в легочную артерию и аорту во время беременности, увеличивается на 30—50% и достигает максимума к 32 неделе беременности. Поэтому некоторые авторы считают, что максимальная нагрузка на сердце падает на 32 неделю беременности (Леким, 1960).

Применение метода поликардиографии позволяет дать оценку функционального состояния сердца в условиях повышенных требований при беременности.

В доступной литературе нам не удалось найти работ по изучению фазовой структуры сердечного сокращения у беременных.

Нами было обследовано 70 беременных женщин в различные сроки беременности. Обследование проводилось на 6-канальном аппарате 6НЕК-1. Проводилась сочетанная запись ЭКГ во 2 отведении, ФКГ в 5 точке и сфигмограммы сонной артерии.

У всех женщин в момент обследования и в прошлом не было зарегистрировано никаких заболеваний сердечно-сосудистой системы. Все женщины были в возрасте до 40 лет.

Срок беременности до 20 недель был у 42 женщин (I гр.), 21—32 — у 8 (II), 33—40 — у 20 (III).

У всех женщин I гр. фаза напряжения была увеличена до $0,115''$ (при норме $0,10'' \pm 0,002''$ по А. И. Гефтеру) за счет фазы преобразования, которая в среднем составила $0,08''$ (при норме $0,04''-0,06''$). Фаза изометрического сокращения оставалась в пределах нормы $0,035''$ (норма $-0,02''-0,05''$). Длительность фазы изгнания превышала нормы по Карпману. Во всех случаях наблюдалось увеличение механической систолы против нормы по Карпману. Индекс Блюмбергера колебался в пределах $1,5-3,5$, причем в большинстве случаев он был в пределах нормы ($2,5-5,0$). Интервал Т-II тон колебался от $-0,002$ до $+0,04''$.

При анализе поликардиограмм женщин II гр. наблюдалось более значительное увеличение фазы напряжения до $0,132''$ так же, как и I гр. женщин — за счет периода преобразования, который равнялся $0,95''$ (при норме $0,04''-0,06''$). Период изометрического сокращения оставался в пределах нормы $-0,037''$ (норма $0,02''-0,04''$). Во всех случаях наблюдалось увеличение механической систолы и фазы изгнания по сравнению с должными величинами по таблице Карпмана.

Интервал Т-II тон во всех случаях был равен $+0,02''-+0,04''$. При анализе поликардиограмм этой группы беременных отмечалось снижение индекса Блюмбергера до $2,1-1,6$, что указывает на некоторое снижение эффективности систолы.

У всех беременных III гр. фаза напряжения в среднем равнялась $0,14''$ (при норме $0,10 \pm 0,002''$). Увеличение фазы напряжения происходило за счет периода преобразования, который увеличивался до $0,10''$, в то время как период изометрического сокращения оставался на верхней границе нормы $+0,04''$. Лишь в единичных случаях наблюдалось увеличение периода изометрического сокращения до $0,06''$. Увеличение механической систолы и фазы изгнания, как и в предыдущих группах, наблюдалось во всех случаях. Интервал Т-II тон оставался в пределах нормы ($0 + 0,4''$). Индекс Блюмбергера колебался от $2,0$ до $1,5$, т. е. во всех случаях был снижен, что свидетельствует о некоторых нарушениях сократительной функции миокарда, по-видимому за счет нарушения скорости течения биохимических процессов в мышце сердца, что особенно выражено во 2 половине беременности. Увеличение фазы напряжения, особенно во 2 половину беременности за счет периода преобразования, мы считали как результат уменьшения эффективности сердечного сокращения.

ВЫВОДЫ

1. У всех беременных женщин, особенно во 2 половину беременности, наблюдается некоторое нарушение сократительной функции миокарда, которое характеризуется удлинением фазы напряжения за счет периода преобразования, падением индекса Блюмбергера, что особенно выражено во 2 половине беременности.

2. С увеличением срока беременности отмечается более значительное увеличение фазы напряжения (до $0,14''$) и уменьшение индекса Блюмбергера (до $1,5$ при 33—40-недельной беременности).

Поступила 31 декабря 1964 г.

УДК 616.151.5

О ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

К. Н. Климова и М. А. Котовицкова

Лаборатория свертывания крови Ленинградского научно-исследовательского института переливания крови

Достигнутые к настоящему времени успехи в области изучения свертывающей системы крови позволяют не только оценивать процесс свертывания в целом, но и выяснять состояние отдельных факторов свертывающей и фибринолитической систем. Соотношения таких данных отражаются в коагулограммах.

Несмотря на очевидные достоинства различных комплексов пробирочных методов исследования свертывающей системы крови, следует отметить, что время, требуемое для получения коагулограммы, особенно с учетом фибринолиза, довольно велико и составляет в среднем около 4 часов.

Вследствие этого понятен огромный интерес, который возник к тромбозеластографическому исследованию свертывающей системы крови.

В зарубежной литературе тромбозеластографии (ТЭГ) посвящено большое количество работ. В СССР первоначально ТЭГ исследования проводились на аппаратах