

эластичности стигмастерин является активным биологическим веществом, перспективным для применения не только в терапевтической клинике, но и в хирургической, неврологической, оториноларингологической, дерматологической практике.

Весьма целесообразно, чтобы отечественная фармацевтическая промышленность в содружестве с биохимиками и фармакологами освоила в ближайшее время выпуск этого ценного препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козин Н. И., Касторных М. С., Пешкова Л. Ф. Известия высш. учебн. завед. Пищевая технология, 1965, 1, 89.—2. Топорков И. А. Клин. мед., 1963, 3.—3. Anon. Nutrition Rews., 1943 1, 292.—4. Вагга А. Annal. Biochem., 1961, 21, 141.—5. Caldwell A. L. Colby Res. Conf., 1948.—6. Homburger E., Reed C. Feder. Proc., 1945, 4, 34.—7. Howard J. G., Wallace K. R., Wright G. P. Brit. J. Exper. path., 1953, 34, 2, 174.—8. Johnson W. H., Miller Ch. A. J. Protozool., 1956, 34, 221.—9. Kaiser E., Wulzen R. Arch. Biochem., 1951, 31, 326.—10. Kon S. K. Ibid., 1946, 11, 371.—11. Lilly D. M., Cevallos W. H. Frans. N. Y. Acad. Sci., 1956, 18, 6, 531.—12. Lecoq R. C. r. Acad. Sci., 1958, 246, 23, 3287.—13. Lecoq R. Ann. pharmac. franc., 1958, 16, 11, 638.—14. Lecoq R. Les vitamines. Paris, 1959.—15. Lecoq R., Chauchard P., Mazone H. Ann. pharm. franc., 1958, 16, 11, 646.—16. Oleson J. J. Biol. Chem., 1947, 171, 1.—17. Petering H. G. Arch. Biochem., 1948, 18, 487.—18. Pongratz A. Vitamine u. Antivitamine. Wien, 1960.—19. Rapport D. A., Bahrs A. M., Hassid V. L. Arch. Bioch. a. Bioph., 1951, 31, 2, 224.—20. Robinson B. L. Phytochem., 1968, 7, 6, 1035.—21. Thiers H. Presse med., 1955, 63, 39, 820.—22. Thiers H. Les vitamines. Paris, 1956.—23. Thiers H., Pelloux H. e. a. Lion med., 1960, 37, 454.—24. Thiers H., Fayolle J. Bull. soc. franc. dermatol. et syphilid., 1955, 62, 1, 79.—25. Uzzon A. Ann. nitr. et aliment., 1959, 13, 2, 389.—26. Van Wagten-donk W. J. Biol. Chem., 1944, 155, 337.—27. Van Wagten-donk W., Wulzen R. В кн.: Vitamins a. Hormons, N. Y., 1950.—28. Wulzen R., Bahrs A. Physiol. Zoöl., 1936, 9, 508.—29. Wulzen R., Bahrs A. Am. J. Physiol., 1941, 133, 500.—30. Wulzen R., Plympton A. Proc. Soc. exp. Biol., 1949, 72, 172.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.12—008.313—616—073.7

ИЗМЕНЕНИЯ ФОНОКАРДИОГРАММ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

*Проф. О. С. Радбиль, Л. В. Дановский, Э. И. Колчина,
Ю. М. Красновский*

*Кафедра терапии № 2 (зав.—проф. О. С. Радбиль) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина на базе железнодорожной больницы (главрач — В. Г. Колчин)*

Известно, что мерцательная аритмия наиболее часто возникает при митральных пороках сердца, кардиосклерозе и тиреотоксикозе. Мерцание предсердий не только осложняет клиническое течение указанных заболеваний, но и значительно затрудняет дифференциальную диагностику. В некоторых случаях клинико-лабораторные и ЭКГ-данные не могут разрешить полностью диагностических сомнений о происхождении изменений в миокарде, вызвавших мерцательную аритмию.

Мы провели ретроспективный анализ ФКГ у 75 больных с мерцательной аритмией различного происхождения. Больных митральными пороками с преобладанием стеноза было 48 (большинство в возрасте до 40 лет); атеросклеротическим кардиосклерозом — 18 (старше 40 лет) и тиреотоксикозом — 9 (в возрасте от 30 до 50 лет).

ФКГ регистрировались на отечественном фонокардиографе ФЭКП-2 по общепринятым правилам, с 5 точек: верхушки сердца, точки Бот-

кина, легочной артерии, аорты и проекции трехстворчатого клапана, с каждой точки на низкой частоте, первой и второй средней частотах. Полученные данные мы сравнивали с показателями контрольной группы из 12 здоровых лиц. Выделение контрольной группы вызвано отсутствием в доступной литературе нормальных показателей ФКГ, записанных на отечественных аппаратах типа ФЭКП-2. Продолжительность тонов на ФКГ, по данным разных авторов, колеблется в значительных пределах, что связано с техническими особенностями фонокардиографов.

Полученные нами ФКГ-данные у больных с мерцательной аритмией при различных заболеваниях сердца и у здоровых лиц контрольной группы приведены в таблице.

Фонокардиографические данные у больных с мерцательной аритмией при различных заболеваниях и у здоровых лиц контрольной группы

Исследуемая группа	Число наблюдений	Длительность в секундах на верхушке сердца				Разница между интервалами I—II тон и Q—T
		I тона	II тона	Интервала Q — I тон	Интервала между I и II тоном	
M ± m						
Здоровые лица	12	0,115 ± 0,002	0,093 ± 0,002	0,051 ± 0,002	0,351 ± 0,002	0,030 ± 0,002
Больные тиреотоксикозом	9	0,140 ± 0,004	0,080 ± 0,004	0,060 ± 0,001	0,320 ± 0,001	0,010 ± 0,001
Больные кардиосклерозом	18	0,100 ± 0,002	0,060 ± 0,002	0,060 ± 0,001	0,300 ± 0,001	0,035 ± 0,005
Больные митральным пороком сердца с преобладанием стеноза .	48	0,100 ± 0,002	0,057 ± 0,004	0,089 ± 0,001	0,300 ± 0,001	0,050 ± 0,002

Средние статистические показатели ФКГ (расчет на 1-й средней частоте) при мерцательной аритмии разного происхождения различаются между собой. Продолжительность I и II тонов у больных с атеросклеротическим кардиосклерозом и у больных с митральными пороками короче, чем у больных тиреотоксикозом и у здоровых лиц ($P < 0,01$). В то же время отмечено увеличение продолжительности I тона у больных с тиреотоксикозом по сравнению с контрольной группой ($P < 0,01$). У больных с тиреотоксикозом и атеросклеротическим кардиосклерозом при мерцании предсердий средняя продолжительность интервала Q — I тон была равна 0,089 сек. Интервал между I и II тоном (механическая систола) у больных кардиосклерозом и митральными пороками был короче, чем у лиц контрольной группы и у больных тиреотоксикозом ($P < 0,01$). У больных с митральными пороками разница между механической (I и II тон) и электрической (Q — T) систолами оказалась более выраженной, чем у больных атеросклеротическим кардиосклерозом и тиреотоксикозом.

У большинства больных митральным пороком с преобладанием стеноза была увеличена амплитуда I тона, что вызвано, по-видимому, фиброзными изменениями створок митрального клапана и укорочением сухожильных нитей. Зависимости амплитуды I тона от продолжительности предшествующей диастолы не отмечено. У отдельных больных этой группы выявлено расщепление I и II тонов с интервалами 0,06—0,07 сек. У 40 из 48 больных зарегистрирован тон открытия митрального клапана в пределах от 0,07 до 0,10 сек. от начала II тона. Систо-

лические и мезодиастолические шумы различной продолжительности и интенсивности регистрировались у всех больных. Продолжительность интервала Q — I тон находилась в обратной зависимости от предшествующей диастолы — была меньше при удлиненной диастоле и продолжительнее при более короткой, что связано, по-видимому, с величиной давления в левом предсердии.

У больных с атеросклеротическим кардиосклерозом при тахикарической форме мерцательной аритмии амплитуда I и II тонов была увеличена, при брадикарической — снижена. После короткой диастолы амплитуда I тона была больше, чем после длинной, что можно объяснить разным положением створок клапана к моменту систолы. Зависимости амплитуды II тона от продолжительности предшествующей диастолы не обнаружено. Интервал Q — I тон при более продолжительной диастоле был короче, при короткой удлинялся по сравнению с предыдущим. Систолический шум над верхушкой, зарегистрированный у больных данной группы, максимально усиливался в случае предшествующей длинной диастолы. У 3 больных с кардиосклерозом после удлиненной диастолы отмечен «тон растяжения аорты».

У больных тиреотоксикозом зависимости амплитуды I тона от предшествующей диастолы не установлено. Регистрировался систолический шум, усиливающийся после более длинной диастолы. Прото- и мезодиастолические шумы были неодинаковой амплитуды в разных сердечных циклах.

ВЫВОДЫ

1. На ФКГ наблюдаются различия в продолжительности тонов и интервалов при мерцании предсердий различного происхождения.

2. ФКГ-данные в сопоставлении с клинико-электрокардиографическими могут служить косвенными дифференциально-диагностическими признаками при мерцательной аритмии у больных с различными заболеваниями сердца.

УДК 616.126.423—616—073.75—616.12—073.7

АНАЛИЗ ЭЛЕКТРО-ФОНОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Канд. мед. наук Н. Н. Сигал, В. Н. Мельничнов

Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав.—доц. В. Ф. Богоявленский) и кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав.—проф. Н. П. Медведев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова на базе 6-й городской больницы (главврач—Е. В. Хмелевцева)

Под нашим наблюдением находился 121 больной ревматическим митральным пороком сердца с преобладанием стеноза левого венозного отверстия, подвергшийся операции митральной комиссуротомии в отделении грудной хирургии 6-й городской больницы. Женщин было 86, мужчин — 34. В возрасте от 10 до 19 лет было 15 больных, от 20 до 39 лет — 88 и от 40 до 52 лет — 18. До операции II стадия заболевания по классификации А. Н. Бакулева и Е. А. Дамир была у 26 больных, III — у 61 и IV — у 34. У 89 чел. выявлен синусовый ритм, у 32 — мерцательная аритмия. Больные с мерцательной аритмией без других признаков IV стадии были отнесены к III стадии заболевания. У 34 больных давность установления порока сердца была до 5 лет, у 73 — от 6 до 19 лет и у 14 — свыше 20 лет. У 81 больного к моменту опе-