

У больных 2-й гр. во время приступа, так же, как и у больных без органических изменений сердца, выявлена гипокалиемия в эритроцитах. Градиент К статистически достоверно уменьшался в среднем до $16,2 \pm 0,74$ при норме 21,9. Это сопровождалось нарастанием уровня К в плазме — коэффициент Напл /Кпл также статистически достоверно снижался в среднем до $14,5 \pm 0,47$ при норме 18,9.

У больных 2-й гр. с сердечной патологией определялось незначительное снижение градиента К во внеприступном периоде.

УДК 616,123

Э. В. Пак (Казань). Характеристика мерцания предсердий и электроимпульсная реверсия ритма

Исследования Э. А. Озола (1956), проводившиеся с помощью специальных отведений, показали, что высоковольтная форма мерцания предсердий с ff не ниже 0,2 mv присуща главным образом ревматическому поражению сердца с митральным стенозом. Низковольтная форма мерцания и отсутствие заметных волн на ЭКГ отмечаются, как правило, при кардиосклерозах, преимущественно атеросклеротического происхождения.

Нами исследованы ЭКГ 202 больных, подвергшихся дефибрилляции. У 42 из них ЭДС осуществлена повторно и многократно; всего проведено 245 дефибрилляций. Синусовый ритм был восстановлен в 222 случаях (91%).

В группе больных атеросклерозом мы наблюдали 8 пациентов, у которых в 12 отведениях при мерцательной аритмии волны мерцания не были отражены. Из них лишь у 7 удалось восстановить на короткое время синусовый ритм. Это заставляет нас допустить, что при мелковолнистом мерцании, где на ЭКГ зарегистрировать ff почти не удается, прогноз стойкости синусового ритма при всех других условиях сомнителен. При этой форме мерцательной аритмии синусовый ритм держится менее стабильно, рецидивы развиваются в большем проценте случаев, чем при средне- и крупноволнистых формах мерцания предсердий. У больных с восстановленным синусовым ритмом длительностью 1 год и более отмечается преобладание крупно- и средневолнистой форм мерцания предсердий.

УДК 616.12—008.46

Канд. мед. наук. Н. Н. Ведрова (Москва). О фазовой структуре диастолы при сердечной недостаточности и ее изменениях под влиянием сердечных гликозидов

Под нашим наблюдением находилось 89 больных с митральными пороками сердца, из которых 47 страдали митральным стенозом, 20 — митральной недостаточностью и 22 — комбинированным митральным пороком. Выделены 3 группы: 30 чел. с компенсированным пороком, 40 с начальными признаками правожелудочковой недостаточности и 19 с клинически выраженной правожелудочковой недостаточностью.

Фазовый состав диастолы и всего сердечного цикла исследовали методом электрокимографии с синхронной записью электро- и фонокардиограммы.

Для изучения действия сердечных гликозидов на фазы сердечного цикла регистрировали кривые до и через 1 час после внутривенного введения 0,25 мг строфантина («строфантиновая проба»).

У больных 1-й гр. выявлено незначительное удлинение фазы изометрического сокращения (в среднем до $0,05 \pm 0,003$ сек.), что можно расценивать как явление компенсаторной гиперфункции в ответ на повышение давления в системе легочной артерии. Наблюдаются отчетливые структурные сдвиги фаз диастолы. Укорачивается вся фаза расслабления за счет изометрического расслабления (в среднем $0,06 \pm 0,003$ сек.) и удлинения периода наполнения. Ускоренное расслабление может происходить за счет повышения давления в правом предсердии и более быстрого открытия трехстворчатого клапана, а также вследствие ослабления тонуса миокарда.

У больных 2-й гр. зарегистрированы выраженные изменения фазы систолы. Резко возрастает продолжительность фазы изометрического сокращения (в среднем $0,065 \pm 0,004$ сек.), уменьшается ударный объем, укорачивается период изгнания (в среднем $0,23 \pm 0,005$), снижается внутрисистолический показатель изгнания и механический коэффициент. Укорачивается диастолическая фаза изометрического расслабления. В отличие от изменений, отмеченных у пациентов 1-й гр., фаза наполнения также уменьшается, что можно объяснить увеличением давления в правом предсердии и снижением тонуса миокарда.

У больных 3-й гр. значительно изменяется вся структура сердечного цикла. Это согласуется с дальнейшим снижением функции сократимости и тонуса мышцы правого желудочка и имеет отчетливую клиническую симптоматику.

После вливания строфантина наиболее значительная динамика фаз наблюдалась у больных 2-й гр. У 5 пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью фазовая структура не изменилась. Учитывая хромотропное действие сердечных гликозидов, мы определяли продолжительность фаз и их динамику после вливания, сравнивая с должными величинами для данной частоты сердечного ритма. Систолическое действие гликозидов

проявлялось в укорочении фазы напряжения (в среднем на $0,017 \pm 0,002$) и удлинении изгнания (в среднем на $0,01 \pm 0,004$ сек.), что приводило к увеличению внутрисистолического показателя и механического коэффициента. Влияние строфантина на фазы диастолы складывалось из укорочения и углубления фазы расслабления (в среднем на $0,015 \pm 0,002$ сек.) и удлинения периода наполнения (в среднем на $0,025 \pm 0,002$ сек.) при увеличении быстрого наполнения (в среднем на $0,012$ сек.). На предсердной кривой после вливания строфантина отмечалось удлинение времени активного сокращения (пресистолы) в среднем на $0,025 \pm 0,009$ сек., а также увеличение диастолической впадины, глубина которой характеризует присасывающую способность желудочков в период быстрого наполнения.

УДК 616—005.4:616.12—008.46

Л. И. Ольбинская, И. С. Кун, В. И. Островская, И. Т. Китаева, А. А. Абиндер (Москва). «Строфантинная проба» у больных ишемической болезнью сердца в диагностике скрытой стадии сердечной недостаточности

Мы изучали влияние однократного внутривенного введения строфантина на сократительную функцию миокарда в покое и в условиях велоэргометрической нагрузки, а также диагностическую ценность острой «строфантинной пробы» в выявлении скрытой стадии сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца.

Исследования проведены у 65 мужчин в возрасте от 32 до 76 лет, страдающих ишемической болезнью сердца (в том числе у 45 с постинфарктным крупноочаговым кардиосклерозом, у которых не было других заболеваний сердца и артериальной гипертонии, а также клинических признаков застойной недостаточности сердца).

В качестве контроля «строфантинная проба» была произведена у 38 здоровых мужчин того же возраста.

Результаты «строфантинной пробы», заключавшейся во внутривенном введении 0,5 мл 0,05% раствора строфантина, определяли по динамике фазовой структуры систолы левого желудочка сердца (синхронная запись ЭКГ, ФКГ и сфигмограммы сонной артерии) и правого желудочка (реограмма легкого), изменению показателей сердечного выброса (механокардиография), объема сердца (рентгенокиография) и состоянию легочной гемодинамики (реопульмонография, рентгенометрия ствола легочной артерии и легочных вен).

«Строфантинная проба» при исследовании в покое оценивалась как положительная, если улучшались или нормализовались перечисленные показатели.

В условиях велоэргометрии на уровне субмаксимальных нагрузок, при которых частота пульса достигала 150—170 в минуту (рекомендации ВОЗ по проведению пробы с физической нагрузкой, 1969 г.), «строфантинную пробу» считали положительной, если наблюдались меньшие отрицательные сдвиги в фазовой структуре систолы левого желудочка, чем до введения строфантина, укорачивался или становился нормальным удлинённый исходный период реституции, уменьшались или исчезали признаки застойной недостаточности малого круга кровообращения, появившиеся при первой пробе с нагрузкой, повышалась мощность или (и) объем субмаксимальной нагрузки.

Проведенные инструментально-рентгенологические исследования выявили, что у 16,3% больных ишемической болезнью сердца без клинически выраженных признаков застойной недостаточности сердца под влиянием сердечных гликозидов сократительный процесс миокарда, особенно в условиях физической нагрузки, осуществляется более экономно, и «строфантинная проба» у них была признана положительной. Таким больным показана постоянная или периодическая пероральная дигитализация индивидуально подобранной дозой в зависимости от данных повторных исследований (1 раз в 3—4 месяца) по всей программе.

УДК 616.13—004.6:615.832.5

И. Е. Семавин, Н. И. Кузьмина, Л. А. Кумачев (Москва). Влияние финской бани на больных атеросклеротическим коронарокардиосклерозом

Перед нами была поставлена цель выяснить, какое влияние оказывает финская баня — сауна на состояние больных, страдающих коронарным атеросклерозом, а также гипертонической болезнью в сочетании с коронарным атеросклерозом, без выраженных приступов стенокардии и нарушений кровообращения. В качестве тестов были использованы клинические данные — пульс, АД, ЭКГ, вес до и после каждой процедуры. Кроме того, мы учитывали результаты общего анализа крови, определяли холестерин, β -липопротеиды, протромбиновый индекс, фибриноген, вязкость крови, остаточный азот, сахар до и после процедуры.

Обследовано 73 пациента (48 с коронарным атеросклерозом и 25 с гипертонической болезнью II А стадии в сочетании с коронарным атеросклерозом). Контрольную груп-