

В. А. Ежова, А. А. Солопаев (Ижевск). Об изменениях электрокардиограмм у больных закрытой черепно-мозговой травмой в остром периоде

Нами было обследовано 186 больных (мужчин — 82, женщин — 104) с закрытой травмой черепа в остром периоде. В зависимости от возраста и тяжести повреждения все пациенты были разделены на 4 группы. 1 и 2-ю составили соответственно больные с сотрясением мозга в возрасте до 50 лет (60 чел.) и старше 50 лет (50 чел.); 3 и 4-ю — больные с ушибом мозга в возрасте до 50 лет (49 чел.) и старше 50 лет (27 чел.).

Обследование мы проводили дважды: при поступлении (обычно не позднее первых суток) и через 10 дней пребывания в стационаре. При оценке электрокардиограммы обращали внимание на частоту сердечного ритма, функции возбудимости и проводимости; учитывали положение интервала ST, вольтаж и изменение зубцов R и T в стандартных и грудных отведениях, величину систолического показателя.

Нарушения ритма выявлены у больных всех 4 групп, чаще в возрасте до 50 лет (при сотрясении мозга в 66,7%, при ушибе мозга — в 73,4%). На первом месте стоит синусовая аритмия (соответственно в 45 и 49,6%), затем следует синусовая тахикардия (13,3 и 20,4%), реже определялась брадикардия. Подобного же характера изменения сердечного ритма отмечены и в старшей возрастной группе. Довольно часто регистрировалось нарушение внутрипредсердной и внутрижелудочковой проводимости, выражавшееся в изменении формы зубцов P и R (зубец P был изменен в 54,8% наблюдений, R — в 73,6%). При повторном исследовании зубец P был изменен в 35,4%, R — в 65,5%. Замедление внутрипредсердной и внутрижелудочковой проводимости констатировано в 6,9 и 4,8%. Преобладал по частоте подъем интервала ST выше изоэлектрической линии, сочетавшийся с дугообразным изменением его (62,9%). Снижение отрезка ST отмечалось лишь в 8%. Эти изменения встречались чаще в I и III группах, что позволяет думать о функциональном их характере. Инверсия зубца T (двуфазность, изоэлектричность, сглаженность, отрицательный характер) выявлялась как при сотрясении, так и при ушибе головного мозга, соответственно в 37 и 24%.

В 1, 2 и 4-й группах выявлено статистически достоверное увеличение зубца R. Увеличение зубца T отмечено во всех группах больных.

Изучение ЭКГ у больных с закрытой черепно-мозговой травмой в остром периоде позволяет выявить статистически достоверные изменения вольтаж зубцов R и T, частоты сердечного ритма и систолического показателя. Положительные сдвиги этих параметров при наблюдении в динамике (особенно у больных в возрасте до 50 лет) дают нам право говорить о функциональном характере указанных изменений.

УДК 616.71—007.151

Л. С. Мякишева, А. А. Френкель, Р. Я. Гилязетдинова (Ижевск). Структура заболеваемости рахитом в Удмуртии

При обследовании в 1968—1973 гг. 1650 детей первых 2 лет жизни обнаружено, что почти исчезли тяжелые формы рахита, у основной части больных отмечена легкая степень заболевания. Тем не менее среди обследованных в сельской местности 63,5% имели проявления рахита, из них у 46,6% был рахит I степени и у 2,5% — III степени. Заболеваемость среди детей первого года жизни составляла 67,4%, активный процесс был выявлен у 53,6%. Среди непосредственных причин рахита или факторов, способствующих его возникновению, в сельской местности были отмечены: смешанное или искусственное вскармливание (39%), недостаточное пользование свежим воздухом (70%), несистематическая D-витаминная профилактика (50%).

В г. Ижевске 60,8% обследованных детей первого года жизни имели проявления рахита. В этой группе рахита III степени не зарегистрировано, у 72,1% были легкие формы заболевания (I степень), у половины детей найдены признаки активного процесса. 60,4% детей находились на смешанном или искусственном вскармливании, 40% несистематически пользовались свежим воздухом, у 20% D-витаминная профилактика проводилась нерегулярно.

В Удмуртии одним из дополнительных этиологических факторов рахита является алиментарный дефицит некоторых микроэлементов (медь, марганец, железо, никель). Нами установлено, что основные пищевые продукты, входящие в рацион ребенка раннего возраста, содержат низкие концентрации этих элементов, не покрывающие возрастных потребностей. Это является неблагоприятным фоном, обуславливающим дефицит микроэлементов в организме ребенка и способствующим развитию рахитического процесса.

В детских коллективах (Дома ребенка) всем детям проводили достаточно интенсивную специфическую D-витаминную профилактику в соответствии с общепринятыми инструктивными указаниями, периодически повторяли курсы ультрафиолетового облучения. Все дети систематически пользовались свежим воздухом, находились на рациональном питании: на 1 кг веса получали белков — 4,6 г, жиров — 6,3 г, углеводов — 15,3 г (140 калорий).