

1 группе. 2-я зона характерна для I группы, различия со II—достовверны ($P < 0,01$). В пределах 2-й зоны можно выделить на графике еще и 3-ью зону с площадями более 36 см^2 . В эту зону попадают 8 из 49 ($16 \pm 5\%$) случаев из I группы и ни одного случая из II ($0 \pm 5\%$). Площадь более 36 см^2 характерна только для I группы ($P < 0,05$).

Таким образом, векторкардиографические данные могут выявить дополнительные важные критерии для дифференциации генеза мерцательной аритмии.

Среднеазиатский медицинский педиатрический институт

Поступило 14/II 1977 г.

Ռ. Վ. ՊՐԻՎԵՆ

ՎԵԿՏՈՐԿԱՐԴԻՈԳՐԱՖԻԿ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ ՇՈՂԱՑՈՂ ԱՌԻԹՄԻԱՅԻ
ԽԱԳՄԱՆ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻԶ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՈՒԺԵՂԱՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐ

Ա մ փ ն փ ու մ

Վեկտորկարդիոգրաֆիայի մեթոդի օգնությամբ շողաքող առիթմիայի ժամանակ ստացված եե լրացուցիչ չափանիշներ հիմնական պաթոլոգիայի տարբերակիչ ակտորոշման համար:

R. V. PRIVEN

VECTORCARDIOGRAPHIC CRITERIA FOR POTENTIATION OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF AURICULAR FIBRILLATION'S GENESIS

S u m m a r y

Additional criteria for differential diagnosis of the basic pathology in auricular fibrillation are obtained.

УДК 616.127—005.8

А. Г. ПОНОМАРЕВА, В. И. ШЕПОТИНОВСКИЙ, В. П. ТЕРЕНТЬЕВ,
О. Н. ҚОВЗАРЬ

К ОЦЕНКЕ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Изучение диагностической и прогностической ценности биохимических гуморальных показателей в остром периоде инфаркта миокарда имеет важное значение для выработки рекомендаций по диагностике осложнений, контролю за течением и прогнозу заболевания. Целью настоящего исследования явилось изучение характера направленности основных обменных процессов по данным в плазме активности гексокиназы, фосфогексоизомеразы, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, малатдегидрогеназы, изоцитратдегидрогеназы, креатинфосфокиназы, уровня содержания лактата и пирувата колориметрическим способом параллельно с выяснением особенностей липидного обмена и, в частности, оценкой уровня свободных жирных кислот, их жирнокислотного состава, фосфолипидов и их фракций в периферической крови у 110 больных острым крупноочаговым инфарктом миокарда.

Установлено, что в остром периоде инфаркта миокарда имеют место глубокие метаболические сдвиги, коррелирующие с тяжестью патологического процесса. На 1—3-ьи сутки неосложненного крупноочагового инфаркта миокарда наблюдалось достоверное повышение активности энзимов изучаемого ферментного спектра, за исключением активности сывороточной глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы. Одновременно регистрировалось высокое содержание НЭЖК в сыворотке крови, увеличение содержания фосфолипидов и дисбаланс в их фракционном составе. Отмечалось заметное изменение окислительно-восстановительного потенциала.

Развитие сердечной недостаточности в остром периоде заболевания характеризовалось более выраженным повышением концентрации пирувата и, особенно, лактата в крови, нарастанием активности ферментов гликолиза. Осложненное течение заболевания сопровождалось достоверным ростом сывороточной активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы. Наряду с изменениями изучаемого ферментно-субстратного спектра отмечались более отчетливые сдвиги в нарастании уровня НЭЖК, фосфолипидов и их фракций.

Особый интерес представляло изучение вышеописанных биохимических нарушений при развитии кардиогенного шока. Активнее других компонентов возрастал уровень молочной кислоты, увеличивался лактатный коэффициент. Одновременно резко повышались активность ферментов гликолиза и цикла Кребса, уровень содержания НЭЖК. В то же время наблюдалось достоверное снижение уровня фосфолипидов, преимущественно за счет относительного уменьшения кефалинов по сравнению с неосложненным течением заболевания.

Таким образом, обнаруженные биохимические сдвиги свидетельствовали, по-видимому, о мобилизации механизмов, направленных на поддержание оптимального уровня энергетического обмена, анаэробной ориентации обменных процессов в остром периоде инфаркта миокарда.

Прогностическое значение изучаемых показателей было оценено нами с точки зрения различий между группами больных с благоприятным исходом заболевания и умершими в остром периоде болезни.

В группе умерших, наряду с высокой активностью ферментов гликолиза, отмечено резкое нарастание уровня лактата и содержания НЭЖК в крови, причем активность исследуемых энзимов и содержание субстратов энергообмена оставались до дня смерти без тенденции к снижению и значительно превышали показатели в группе больных с относительно благоприятным течением. Наиболее выраженные изменения ферментно-субстратного спектра и показателей липидного обмена выявлены при исследовании сыворотки крови больных, умерших в результате нарастания явлений сердечно-сосудистой недостаточности и от разрыва сердца.

Таким образом, характер изменений биохимических показателей в периферической крови свидетельствует о их значимости в диагностике тяжелых осложнений острого периода инфаркта миокарда и оценке прогноза патологического процесса.

Ростовский медицинский институт

Поступило 18/II 1977 г.

У. Գ. ՊՈՆՄԱՐՏՈՎԱ, Վ. Ի. ՇԵՊՈՒՆՈՎՍԿԻ,
Վ. Պ. ՏԵՐԵՆՏՅԵՎ, Օ. Ն. ԿՈՐՁԱՐ

ՄՐՏԱՄԿԱՆԻ ԲԱՐԴԱՑԱՆ ԻՆՖԱՐԿՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԲԻՈԲԻՄԻԱԿԱՆ
ՄԻ ՔԱՆԻ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ԴՆԱՀԱՏԱԿԱՆԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հաստատված է, որ սրտամկանի բարդացած ինֆարկտի սուր շրջանում իրենց դերն ունեն
խոր մեռարտիկ տեղաշարժեր՝ համահարաբերական պաթոլոգիական պրոցեսի ժանրոթյանը:

A. G. PONAMAREVA, V. I. SHEPOTINOVSKY, V. P. TERENTYEV,
O. N. KOBZAR

TO VALUE OF SOME BIOCHEMICAL INDICES IN COMPLICATED MYOCARDIAL INFARCTION

Summary

It is established that the deep metabolic shifts, correlating with the heaviness of pathologic process, have taken place in acute phase of complicated myocardial infarction.

УДК 616—071.6:616.12—007.2

З. Ю. ЮЗБАШЕВ, К. И. МЫШКИН, П. А. БЕЛЯЕВ

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ПРИ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКАХ

Результаты внутрисердечной фонокардиографии показали, что шумы плохо проводятся через эластические перегородки в соседние камеры. Следовательно, зона над которой выслушивается шум, соответствует проекции и величине камер, участвующих в его образовании. Так как величина сердца и его полостей зависит от веса тела и кровенаполнения, между величиной зоны выслушивания шума митрального стеноза, весом тела и степенью сужения левого венозного устья должна существовать взаимосвязь, выявлению которой и посвящена эта работа.

Обследовано 116 больных с митральными пороками. Размеры отверстия у 62 больных измеряли во время операции, у 7—на секции и у 47—сейсмокардиографически (Б. С. Боженко). Обычным стетоскопом выявляли эпицентр диастолического шума, а затем, выслушивая в радиальных направлениях, определяли границы зоны, над которой прослушивался шум.

Границы зоны удалось определить у 108 больных (93,1%). Средние значения величины левожелудочковой зоны составляли при площади митрального отверстия менее 0,5 см²—19, 0,6—1,0—35, 1,1—1,5—43 и более 1,5 см²—74 см². Математический анализ вскрыл нелинейную корреляционную зависимость между площадью митрального отверстия— S_m , величиной зоны выслушивания диастолического шума— X ($\eta = 0,833$) и весом пациента— Z , которая может быть выражена формулой:

$$S_m = 1.23 - \frac{11.31}{x} - \frac{d}{z}$$

(d —поправка, которая при весе пациента 45 кг равна 9,0, 50—5,0, 55—3,0, 60—2,0, 65—0,1, 70—5,1, 75—12,4, 80—19,4, более 81 кг—25,0; коэффициенты 1,23 и 11,31 найдены методом наименьших квадратов).

На основании формулы построена диагностическая таблица.

Точность таблицы проверена на 28 больных. Совпадение результатов пальцевых измерений и размеров, вычисленных с помощью таблицы, отмечено у 21, расхождение в пределах 0,3—0,4 у 4 и 0,5—0,6 см² у 3 больных.

Как известно, для вычисления площади митрального отверстия в настоящее время используются сложные инструментальные методы, среди которых важное место занимает катетеризация сердца (метод Горлинов, киноангиокардиография и др.). Испол-