Բ. Ի. ՎՈՐՈԲՅՈՎ, Լ. Ի. ԿԱՏԵԼՆԻՑԿԱՅԱ, Ռ. Ա. ՏՐԱՊԵԶՈՆՑԵՎԱ, Գ. Պ. ՕՐԵԽՈՎԻՉ

ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ՊԱԹՈԳԵՆԵԶԻ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Ամփոփում

Ստացված տվյալները թույլատրում են հոգեկան խանգարումներով ուղեկցվող սրտամկանի ինֆարկտով հիվանդների կոմպլեքսային բուժման մեջ գլյուտամինաթթվի ներերակային ներարկումը, որով ինակտիվանում է ամոնիակը։

B. I. VOROBYOVA, L. I. KATELNITSKAYA, R. A. TRAPEZONTSEVA, G. P. OREKHOVICH

TO PATHOGENESIS AND TREATMENT OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Summary

The obtained data have allowed to recommend the inclusion of intravenous induction of glutamic acid, which inactivates the ammonia into the complex treatment of the patients with myocardial infarction with mental disorders.

УДК 616.12—008.331.1—073.97

В. Н. КАТЮХИН, Е. Н. БАЖИНСКАЯ

ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ПРЕРЫВИСТОЙ ВЫСОТНОЙ БАРОТЕРАПИИ

Обследованы 19 больных гипертонической болезнью (ГБ) в возрасте от 23 до 50 лет без сопутствующих заболеваний и 4 здоровых лиц. С I стадией ГБ было 8 больных, $II_А$ —7 и $II_Б$—4. Курс лечения состоял из 12—14 без сеансов по 25 мин. на высоте 2000—3000 м 5 раз в неделю без применения гипотензивных средств. Электрокардиограмма записывалась на полиграфе «Мингограф-34». До и после лечения анализировались электрокардиографические показатели активности раздельно для правого, левого и общие для желудочков. Все данные, обработанные разностным методом попарных сравнений представлены в таблице. Клинические, рентгенологические и электрокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка выявлены до лечения у 13 больных.

У здоровых лиц под влиянием высотной баротерапии артериальное давление в плечевой артерии изменялось незначительно. Электрическая активность правого и левого желудочков практически не изменялась.

Наибольшее снижение системного артериального давления у больных ГБ наблюдалось в течение первых 5 сеансов, а в дальнейшем не изменялось, оставаясь на цифрах ниже исходных. К концу высотной прерывистой баротерапии происходило увеличение электрической активности правого желудочка (R/S aVr, R/SV_1 и индекса Соди-Паллареса) и уменьшение признаков гипертрофии левого желудочка (SV_1+ $+R_{V_{5,6}}$ и $R/S_{V_{5,6}}$). Поскольку быстрая обратная динамика ЭКГ-признаков гипертрофии левого желудочка в наших наблюдениях исключалась, то уменьшение электри-

Таблица

Изменение показателей электрической активности миокарда под влиянием прерывистой высотной баротерапии

Показатели	Здоровые (n=4)			Больные ГБ (n=19)			
	M_1	M_2	$M_p \pm м$	M_1	M_2	$M_p \pm м$	T
Показатели электрической активности правого желудочка							
P_{V_1}, avf, III мv	0,25	0,3	0,04±0,03	0,22	0,30	0,08±0,1	0,8
R/S avr	1,09	1,02	0,07±0,05	0,85	0,95	0,1 ±0,5	1,9
$S_{V_{5,6}}$ мv	0,37	0,36	0,01±0,02	0,3	0,33	0,03±0,02	1,4
$R_{V_1}+S_{V_{5,6}}$ мv	1,0	0,9	0,1 ±0,09	0,55	0,61	0,06±0,08	0,7
$\frac{R}{S}V_1$	0,63	0,66	0,03±0,02	0,49	0,75	0,26±0,14	1,8
Показатели электрической активности левого желудочка							
R avl мv	0,37	0,42	0,05±0,04	0,97	0,92	0,05±0,04	1,2
$S_{V_1}+R_{V_{5,6}}$ мv	2,35	2,07	0,28±0,18	2,85	2,6	0,28±0,1	2,3
$(R_1+S_{III})-(R_{III}+S_1)$	2,7	2,4	0,3 ±0,2	3,2	2,8	0,4 ±0,23	1,7
$T_{V_{5,6}}$ мv	0,42	0,4	0,02±0,02	0,28	0,22	0,06±0,08	0,4
$\frac{R}{S}V_{5,6}$	1,03	0,9	0,1 ±0,08	7,05	5,07	0,9 ±0,8	2,36
Показатели электрической активности общие для желудочков							
<αQRS °	60,0	60,5	0,5 ±0,3	54,7	55,2	0,5±0,3	1,6
<αP °	60,0	62,0	2,0 ±0,8	45,1	56,5	11,4±6,2	1,52
Индекс Соколова-Лайона	0,46	0,48	0,02±0,02	0,39	0,46	0,07±0,05	1,4
Индекс Соди-Паллареса	7,6	7,3	0,3 ±0.2	19,0	16,7	2,3±1,2	1,9
Систолический показатель %	43,0	42,0	1,0 ±1,2	52,5	58,5	6,0±1,5	2,9

Примечание. M_1—показатели до лечения; M_2—после баротерапии. Разница достоверна при $T \geq 2,1$.

ческой активности левого желудочка может быть обусловлено повышенной нагрузкой на правый желудочек сердца. У больных ГБ к концу лечения увеличился систолический показатель, что свидетельствует о метаболических изменениях в миокарде.

Все указанные изменения электрокардиограммы были временными, связанными с применявшейся прерывистой высотной баротерапией и проходили через 2—3 недели после окончания курса лечения.

Ленинградский медицинский институт

Поступило 16/V 1977 г.

Վ. Ն. ԿԱՏՅՈՒԽԻՆ, Ե. Ն. ԲԱԺԻՆՍԿԱՅԱ

ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԷԼԵԿՏՐԱՍՐՏԱԳՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ՝ ԸՆԴՀԱՏՎՈՂ ԲԱՐՁՐ ԲԱՐՈԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Ամփոփում

Արձանագրված է աջ փորոքի էլեկտրական ակտիվության բարձրացում հիպերտոնիկ հիվանդների մոտ ավելի, քան առողջների մոտ։

V. N. KATYUKHIN, E. N. BAZHINSKAYA

ECG CHANGES IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE IN INTERRUPTED HIGH-ALTITUDE BAROTHERAPY

Summary

It is shown, that the electric activity of the right ventricle is much higher in patients with hypertensive desease, if compared with healthy individuals.

УДК 616.127

С. А. АББАКУМОВ, Н. Н. БАЖАНОВ, М. М. СТАС

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КАРДИОТЕРАПИИ

Целью исследования явилась разработка клинической картины функциональной кардиопатии с тщательным анализом различных симптомов, их оценкой и трактовкой, выделением ряда синдромов.

Нами наблюдались 100 больных с функциональной кардиопатией (50 мужчин и 50 женщин) в возрасте от 18 до 50 лет. Диагноз основывался на полном клиническом обследовании с использованием лабораторных и инструментальных тестов, включая данные коронарографии (у 10 человек) и динамическом наблюдении от 1 до 6 лет.

Анализ симптомов позволил выделить в клинической картине функциональной кардиопатии несколько наиболее часто встречающихся синдромов—это кардиалгический, тахикардиальный, психоневротический, астенический, респираторный, вегетативно-дистонический. В большинстве случаев имелось различное сочетание этих синдромов. Ведущими среди них, как правило, являлись кардиалгический, астенический и вегетативно-дистонический.

Особенностью кардиалгического синдрома являлись его длительность, упорство, связь с психотравмирующими ситуациями, переутомлением, инфекцией, менструальным циклом. Боли, в основном, носили ноющий и колющий характер, локализуясь, главным образом, в области III—IV межреберья и верхушечного толчка.

Синусовая тахикардия у лиц с функциональной кардиопатией не являлась постоянной и возникала, главным образом, при волнениях, умеренной физической нагрузке, перемене положения тела. Изредка тахикардия имела характер пароксизмов с частотой 140—150 ударов в минуту.

Психоневротические расстройства наблюдались почти у всех больных в виде неврастенического синдрома, невроза тревоги, навязчивости, ипохондрического синдрома, кардиофобии. Последняя обычно являлась следствием упорных кардиалгий, вегетативных пароксизмов и ятрогений (ошибочная диагностика инфаркта миокарда, миокардита и т. п.). Реже встречались истериодные реакции. Нередко больные скрывали наличие у них невротических расстройств, очевидно, из опасения, что все их соматические проявления могут трактоваться как явления неврогенного происхождения.

Вегетативно-дистонический синдром характеризовался лабильностью пульса и артериального давления, наличием периферических сосудистых нарушений и вегетативно-сосудистыми пароксизмами. Последние, как правило, значительно отягощали картину болезни и были трудны для лечения.