

V. G. AMATUNY, ZH. P. AHARONIAN

PHASE ANALYSIS OF SYSTOLE OF THE LEFT VENTRICLE IN INDIVIDUALS, INFLUENCED BY VINYLACETATE AND ITS DERIVATIVES

Summary

The changes in phase structure of the left ventricle have been expressed by lowering of phase indices, which is connected with toxic effect of chemical factors of production.

УДК 616.132—004.6

Ю. В. ЮСЮК, С. К. КАРАМОВ

К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ МЕТОДА ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СФИГМОГРАФИИ В РАСПОЗНАВАНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА КРУПНЫХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Вопросы своевременного распознавания атеросклероза еще окончательно не решены. Определение изменений, происходящих в сосудах, требует применения специальных биохимических, инструментальных и клинических методов. Среди инструментальных методов заслуживает внимания электрическая каротидная сфигмография.

Нами было исследовано 70 человек: 20 со здоровой сердечно-сосудистой системой в возрасте от 17 до 30 лет и 50 больных атеросклерозом аорты (ишемическая стадия) в возрасте от 60 до 80 лет.

Определялись пульсовые кривые центрального пульса, отражающие состояние начального отдела артериальной системы, которые в более выраженной степени подвержены атеросклеротическому поражению.

Запись каротидной сфигмограммы производилась с помощью сфигмографической приставки на электрокардиографе ЭЛКАР-2. Синхронно с объемной записывалась дифференциальная сфигмограмма.

При анализе кривых нами использовались следующие показатели:

t_1 —промежуток времени от начала дифференциальной сфигмограммы до ее вершины;

t_2 —продолжительность положительной волны дифференциальной сфигмограммы;

t_3 —промежуток времени от начала анакроты до начала диастолической волны;

t_4 —промежуток времени от вершины положительной волны дифференциальной сфигмограммы до инцизуры (инцизура возникает в момент натяжения и отдачи нормальных растяжимых створок клапана при нормальном и патологическом кровообращении);

V_1 —амплитуда основной положительной волны дифференциальной сфигмограммы;

V_2 —амплитуда отрицательной волны дифференциальной сфигмограммы;

V_3 —амплитуда диастолической волны дифференциальной сфигмограммы.

При анализе кривых, снятых у здоровых и у больных, были получены данные, суммированные в таблице.

Как видно из таблицы, у больных с атеросклерозом начального отдела артериальной системы отмечается достоверное увеличение ($P < 0,001$) интервалов t_2 , t_3 , t_4 ; интервал t_1 существенно не меняется.

Так как интервал t_3 состоит из интервалов t_2 и t_4 , и видно незначительное изменение интервала t_1 , то можно сделать заключение, что интервал t_3 увеличивается за счет

Таблица

Показатели сфигмограммы у больных атеросклерозом и у здоровых

Показатели	Здоровые	Больные
t_1	$0,08 \pm 0,006$	$0,07 \pm 0,005$
t_2	$0,17 \pm 0,004$	$0,19 \pm 0,02$
t_3	$0,34 \pm 0,006$	$0,4 \pm 0,003$
t_4	$0,11 \pm 0,004$	$0,17 \pm 0,002$
V_1	$0,35 \pm 0,004$	$0,3 \pm 0,007$
V_2	$0,07 \pm 0,005$	$0,5 \pm 0,001$
V_3	$0,06 \pm 0,004$	$0,2 \pm 0,009$

интервала t_4 . Наши данные показали, что начальные патологические изменения в сосудах проявляются изменением временных показателей. Одним из таких ранних признаков является увеличение продолжительности нисходящего колена основной волны или катакроды. Катакродический спуск происходит не резко, а более полого, чем у здоровых людей. Вследствие этого и увеличиваются интервалы t_3 и t_4 .

Таким образом, удлинение этих интервалов можно рассматривать как начальный признак атеросклеротического процесса.

Выводы

1. При атеросклерозе крупных магистральных артерий удлиняется продолжительность интервалов t_2 , t_3 , t_4 и увеличивается амплитуда V_2 по сравнению с контрольной группой.

2. Наиболее существенным является изменение интервала t_4 , который может быть использован как ранний признак атеросклеротического поражения.

Окружной госпиталь войск Закавказского
пограничного округа

Поступило 3/IV 1978 г.

ՅԱՆ Վ. ՅՈՒՍԵՓՈՒԿ, Ս. Կ. ԿԱՐԱՄՈՎ

ԽՈՇՈՐ ԳԼԽԱՎՈՐ ԱՆՈթՆԵՐԻ Աթերոսկլերոզի ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ
ԺԱՄԱՆԱԿ ԷԼԵԿՏՐԱԿԱՆ ԱՆՈթԱԶԱՐԿԱԳՐԻ ՄԵթՈԴԻ
ՆՇԱՆԱԿՈՒթՅԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ուսումնասիրված է կարոտիայան ծավալային և տարբերակիչ անոթազարկագիրը արտադրող աթերոսկլերոզով հիվանդների մոտ (իշեմիկ շրջան) 60-ից 80 տարեկան հասակում, համեմատելով ստորագիշ խմբի հետ:

YU. V. YUSYUK, S. K. KARAMOV

ON THE PROBLEM OF SIGNIFICANCE OF THE METHOD OF ELECTRIC SPHYGMOGRAPHY IN REVEALANCE OF ATHEROSCLEROSIS OF LARGE MAGISTRAL VESSELS

Volumetrical and differential carotid sphygmogram was studied in patients with of 60—80 years old with atherosclerosis of aorta (ischemic stage) in comparison control group.

УДК 616.12.002.77—072:616.1—0.08

Н. Л. АСЛАНЯН, С. Л. БОЛЯН, Р. Д. ПАРСЯН

НАРУШЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ГОМЕОСТАЗА ПОД ВЛИЯНИЕМ КАРДИОТОНИЧЕСКИХ И ДИУРЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Обследовано 126 больных ревматическими митральными пороками сердца, из них 89 женщин и 37 мужчин. Возраст больных колебался в пределах 14—50 лет. 73 больным назначали только в/в кардиотонические средства (строфантин 0,05%—0,5 мл, изоланид 0,05%—2 мл, коргликон 0,06%—1,0 мл 1—2 раза в день). При наступлении максимального эффекта от в/в введения кардиотонических средств переходили к применению изоланида и дигоксина внутрь по 0,25 мг 3 раза в день. Указанные больные были распределены на 3 группы: I группа—20 больных без НК, II—31 больной в I и во IIA стадиях НК, III—23 больных во IIB и III стадиях НК.

52 больным назначали одновременно кардиотонические и мочегонные средства (фуросемид 40 мг 1—3 раза в день в течение недели с перерывами 4—5 дней). Они были распределены на 2 группы: I группа—24 больных в I и во IIA стадиях НК, II группа—28 больных во IIB и III стадиях НК.

В настоящем сообщении приводятся результаты исследования электролитного гомеостаза до лечения и на фоне наступления максимального клинического эффекта от лекарственной терапии (15—30 дней от начала лечения). Результаты исследования (таблица) свидетельствуют об определенном влиянии кардиотонических средств на электролитный гомеостаз у больных сложными ревматическими пороками сердца. При этом они проявляют диуретическое действие, которое более сильно выражено у больных без НК. Такое явление объясняется тем, что больные с НК часто до поступления в клинику нерегулярно принимали кардиотонические и мочегонные средства, вследствие чего исходные данные диуреза у них больше, чем у больных без НК. Кроме диуретического и натрийуретического действия, кардиотонические средства проявляли также влияние на транспорт ионов через мембраны эритроцитов, в частности снижали повышенную исходную концентрацию натрия и повышали содержание калия в эритроцитах у большинства больных с НК. Диуретический эффект гликозидов обусловлен не только улучшением сократительной функции миокарда и общей гемодинамики, но и их непосредственным влиянием на канальцевый аппарат почки, подавлением реабсорбции первичной мочи. Указанный эффект сердечных гликозидов, вероятно, объясняется конкурирующими взаимоотношениями между ними и кортикостероидами, обусловленными их структурным сходством.