

Проведением настоящего исследования выявлено, что размеры полостей сердца следуют параллельно возрастной динамике нарастания массы тела или площади поверхности тела, взятых в отдельности в зависимости, близкой к логарифмической. Найденные регрессионные уравнения по данному виду зависимости не противоречат здравому смыслу в том плане, что увеличение размеров полостей сердца имеет свой предел в возрастном аспекте.

Выводы

1. Размеры полостей сердца детерминированы возрастной динамикой нарастания массы тела в зависимости, близкой к логарифмической.

2. Полученные уравнения регрессивной зависимости вида $Y_T = a + b \cdot \lg x$ могут удовлетворительно для практической цели предсказать должный размер отдельной камеры сердца, исходя из индивидуальной величины массы тела или площади поверхности тела у каждого ребенка.

Горьковский медицинский институт им. С. М. Кирова

Поступила 24/IV 1979 г.

Վ. Վ. ՍԱՖՐՈՆՈՎ, ՅԱ. Գ. ԿՈՂՄԻՉԵՎ, Ռ. Ա. ՄՈԴԶԳՎԻՐԻՇՎԻԼԻ,
Ե. Ֆ. ԼՈՒԿՈՇԿԻՆԱ, Վ. Մ. ՍՄՈՐԿԱԼՈՎԱ, Ե. Ն. ՆԱԶԱՐՈՎ

ԱՌՈՂՋ ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ ՄՐՏԻ ԶԱՓՍԵՐԻ ՏԱՐԻՔԱՅԻՆ ԷԿՈԿԱՐԴԻԱԿԱՆ
ԱՐՁԱԴԱՆՔԱՅԻՆ ԷԼԵԿՏՐԱՍՐՏԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐՈՎ

Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

Առաջարկված լոգարիթմական ռեգրեսիայի հավաստումով հնարավոր է դառնում նախազուգահեռ արտի առանձին խցիկի պատշաճ չափսը, ելնելով երեխայի մարմնի զանգվածից: Պատշաճ չափսի հարաբերությունը իրականում առողջ երեխաների մոտ իրենց ներկայացնում է հաստատուն մեծություն:

V. V. Safronov, Yu. G. Kuzmichev, R. A. Modzgvirishvili, E. F. Loukoshkina,
V. M. Smorkalova, E. N. Nazarov

Age Evolution of the Sizes of the Heart of Healthy Children According to Echocardiographic Data

S u m m a r y

By the equations of logarithmic regression suggested it is possible to foretell the due size of a separate heart camera, proceeding from the mass of the child's body. The relation of the due size to the actual size in healthy children is a stable quantity.

УДК 616.127—005.8—08:616.12—008.318

О. А. ГУКОВА, Л. Г. ЛУКИНА, Л. Н. НИКИФОРОВА

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ И ПРИНЦИПЫ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Одним из серьезнейших осложнений инфаркта миокарда является фибрилляция желудочков, которая относится к терминальным нарушениям ритма. Успешные реанимационные мероприятия при этом состоянии способствуют значительному снижению больничной летальности от инфаркта миокарда в последние годы.

Под нашим наблюдением находилось 508 больных с крупноочаговыми и трансмуральными инфарктами миокарда, из них у 23 была зарегистрирована фибрилляция желудочков (4,5%). Превалировали случаи вторичной фибрилляции у лиц пожилого и старческого возраста на фоне сердечной декомпенсации (17 из 23 случаев). У всех больных с фибрилляцией желудочков выявлялись и другие тяжелые осложнения инфаркта миокарда: кардиогенный шок, отек легких, экстрасистолическая аритмия, упорная тахикардия, мерцание предсердий. Возникновение фибрилляции желудочков чаще наблюдалось в первые часы и дни заболевания, т. е. характеризовало остроту процесса. Применявшаяся во всех случаях однократная или многократная электрическая дефибрилляция разрядом от 4,5 до 7 тысяч вольт устраняла фибрилляцию желудочков. Но длительность положительного эффекта была различной, от нескольких часов до нескольких суток. В большинстве случаев (18) больные потом погибали от прогрессирующей сердечной декомпенсации, шока или других осложнений инфаркта миокарда. Только 5 больных, в том числе 2 после вторичной фибрилляции, были выписаны.

Всем больным проводилась комплексная патогенетическая терапия с коррекцией гемодинамики, кислотно-щелочного равновесия и электролитов крови. Из противоаритмических средств наиболее эффективным оказался лидокаин, применяемый длительно и в больших дозах (2000—3000 мг в сутки в/в капельно, с постепенным снижением дозы).

Для иллюстрации приводим случай вторичной многократной фибрилляции желудочков, закончившийся благоприятно.

Б-ной П., 53 лет (история болезни № 3718), поступил в инфарктное отделение 28/X—75 г. с диагнозом: ишемическая болезнь сердца—повторный трансмуральный передне-перегородочно-верхушечнобоковой инфаркт миокарда левого желудочка; атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз, недостаточность кровообращения I стадии, сахарный диабет средней тяжести в стадии компенсации.

Год назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда с локализацией в задней стенке. С повторным инфарктом госпитализирован в день заболевания после месячной длительности предынфарктного состояния. На протяжении 3 недель лечения в стационаре состояние больного было относительно удовлетворительным, но сохранялась «застывшей» ЭКГ—кривая (признак формирования аневризмы сердца). На 21-й день болезни на фоне рецидива инфаркта у больного впервые развилась фибрилляция желудочков, которую удалось снять электрической дефибрилляцией. На протяжении последующей недели у больного ежедневно повторялась фибрилляция желудочков от 5 до 20 раз в сутки, и каждый раз дефибрилляция восстанавливала синусовый ритм. Однако сохранить его на длительный срок не удавалось. В общей сложности больному было проведено более 100 дефибрилляций. Параллельно применялась комплексная терапия коронароактивными препаратами, анаболическими гормонами, лидокаином в/в капельно до 3000 мг в сутки, препаратами калия и др., в связи с появлением сердечной декомпенсации применялись сердечные гликозиды и салуретики. Через неделю у больного стойко восстановился синусовый ритм. Несмотря на сформировавшуюся аневризму передней стенки левого желудочка и нарушение внутрижелудочковой проводимости (стойкая полная блокада правой ножки пучка Гиса), путем применения комплексной терапии на протяжении 80 дней удалось достичь положительного эффекта. Больной был выписан и в настоящее время работает, выполняя нетяжелый умственный труд.

Данный случай демонстрирует тяжелое течение инфаркта миокарда с целым рядом осложнений, в том числе многократной вторичной фибрилляцией желудочков, комплексная терапия которой дала положительные результаты.

Харьковская 25 клиническая больница

Поступила 2/IV 1980 г.

Օ. Ա. ԳՈՒԿՈՎԱ, Լ. Գ. ԼՈՒԿԻՆԱ, Լ. Ն. ՆԻԿԻՖՈՐՈՎԱ
ՓՈՐՈՔՆԵՐԻ ԹԵԼԻԿԱՆԱՂԸ ԵՎ ՆՐԱ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ
ՍՐՏԱՄԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

*էլեկտրական ապաթերապիայի զուգակցված կոմպլեքսային թերապիայի հետ, ընդգրկելով
լիդոկայինի մեծ զոզաներ, արդյունավետ է փորոքների թն առաջնային և թն երկրորդային թն-
իկախաղի ժամանակ:*

O. A. Goukova, L. G. Loukina, L. N. Nikiforova

**Fibrillation of the Ventricles and the Principles of its Treatment
in Patients with Myocardial Infarction**

S u m m a r y

Electric defibrillation combined with complex therapy, including big doses of lidocain proved. to be effective in initial and and second fibrillation of the ventricles.

УДК 616.127:616.12—008.46+576.2

В. М. ЖАДОВСКАЯ, Ю. Н. ПРОШИНСКИЙ, Г. В. НЕСТАЙКО,
Т. Н. ВАУЛИНА, Т. В. АРТЮХИНА

**СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ
ПОРОКАМИ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ
(клинико-морфологические сопоставления)**

Оценка состояния миокарда у больных ревматическими пороками сердца является одним из актуальных вопросов в кардиохирургии. Мы подошли к решению этого вопроса путем клинико-морфологических сопоставлений.

Исследовано 26 сердец больных ревматическими пороками сердца. Сердечная недостаточность явилась причиной смерти 5 больных (4—после операции протезирования митрального клапана). В 21 случае летальный исход обусловлен другими факторами: повреждение коронарной артерии, кровотечение, сепсис, пневмония. Все больные были с выраженной недостаточностью кровообращения (IIб—III стадия по классификации Стражеско-Василенко), с большой длительностью заболевания и декомпенсации. При катетеризации правых отделов сердца определяли индекс сократимости Зонненблика до и после фармакологической пробы с дигоксином и после длительного медикаментозного лечения. Для количественной оценки степени гипертрофии мышечных волокон определяли средний диаметр мышечной клетки желудочков при помощи винтового окуляр-микрометра МОВ-1-15 при увеличении $\times 450$. Оценку распространенности кардиосклероза производили при помощи измерительной сетки Г. Г. Автандилова. Контролем служили 10 сердец, полученных во время анатомического изучения трупов без клинических и морфологических признаков заболевания сердца. У 10 больных изученной группы провели электронномикроскопическое и гистохимическое исследование биопсий миокарда, полученных во время операции.

Исследованных больных разделили на тяжелую и средней тяжести группы. Степень тяжести больного определяли не столько его исходным состоянием, сколько ре-