

кардией позволяет выделить по признаку ишемических смещений сегмента ST группу лиц, наиболее угрожаемых в отношении наступления внезапной сердечной смерти, нуждающихся в первоочередных реабилитационных воздействиях с целью ее предупреждения.

Калининский медицинский институт

Поступила 14/VI 1983 г.

Վ. Վ. ԱՆԻԿԻՆ

ԿԱՅՈՒՆ ՍՏԵՆՈԿԱՐԴԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԷԼԵԿՏՐՈՍՐԱԳՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ  
ԿԱՊԸ ՍՐՏԱՅԻՆ ՄԱՀՎԱՆ ՌԻՍԿԻ ՀԵՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Կայուն ստենոկարդիայով հիվանդների մոտ հիվանդության բնական ընթացքի բաղձամյա պատմամասերական արդյունքները ցույց են տալիս, որ էՍԳ վրա ST-սեգմենտի իշեմիկ տեղաշարժերի առկայությունը նկատելի կերպով բարձրացնում է նրանց մոտ հանկարծակի մահվան ռիսկը:

V. V. Anikin

## Connection of the Changes of Electrocardiogram With the Risk of the Cardiac Death in Stable Stenocardia

### S u m m a r y

The results of the long study of the natural course of the disease in patients with stable stenocardia allowed to find out that in case of the rest of the ischemic shifts of ST—segment on ECG the risk of the sudden death of such patients significantly increases.

УДК 612.161:796.071

Ю. М. ПОГОСЯН, А. В. КАРАПЕТЯН, С. В. МЕЛОЯН

## ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ФОРМЫ СФИГМОГРАММ БЕДРЕННОЙ И ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ВЫПОЛНЯЕМОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

Цель настоящей работы—изучение количественных и качественных изменений формы сфигмограмм бедренной и лучевой артерий у спортсменов в зависимости от характера выполняемой физической нагрузки.

Обследовано 16 лыжников-гонщиков в возрасте 18—23 года, которые выполняли следующие нагрузочные тесты: а) Гарвардский степ-тест (нагрузка выполнялась в течение 5 мин при высоте ступени 50 см, в темпе восхождений 30 циклов в минуту); б) Тест Селигера (спортсмены выполняли велоэргометрическую нагрузку мощностью 900 кгм/мин, продолжительностью 5 мин.); в) Велоэргометрическая нагрузка «до отказа» (первоначальная мощность нагрузки составляла 600 кгм/мин, да-

лее, через каждые 3 мин нагрузка постепенно увеличивалась на 200 кгм/мин, пока спортсмен был в состоянии удержать заданную скорость—70 об. в мин); г) Лыжные гонки в естественных условиях протяженностью 10 км.

Сфигмограммы бедренной и лучевой артерий записывались в состоянии относительного покоя и после выполнения физической нагрузки на 2 и 10-й мин. восстановительного периода. Контурный анализ сфигмограмм производился по методу А. Д. Вальтериса (1976).

Результаты анализа показали, что выраженность и направленность изменений формы сфигмограмм бедренной и лучевой артерий под влиянием физических нагрузок различного характера неодинаковы. После теста Селингера, на 2-й мин. сдвиги незначительны. Наблюдалась лишь тенденция к укорочению анакротического подъема и снижению высоты катакроды. После гарвардского степ-теста изменения формы изучаемых сфигмограмм. были более выражены. Особенно резкие изменения обнаружены после нагрузки «до отказа», которые выражаются снижением конечной части катакроды обеих сфигмограмм (55,0 и 73,1%), и более выраженным укорочением анакротического подъема, особенно сфигмограммы лучевой артерии. После лыжных гонок анакрота сфигмограммы бедренной артерии сократилась лишь на 2,4%, а на сфигмограмме бедренной артерии на 19% ( $P < 0,05$ ). Снижение катакроды по сравнению с нагрузкой «до отказа» было менее выражено.

На 10-й мин. восстановительного периода, общим для обеих сфигмограмм является то, что независимо от характера выполняемой нагрузки, имело место удлинение анакротического подъема, в большинстве случаев превышающее исходные величины. Сдвиги катакроды имели определенные особенности: при нагрузках большого объема («до отказа» и 10 км лыжные гонки) катакроды или не менялись по сравнению с уровнем полученным на 2-й мин. после нагрузки, или отмечалось ее дальнейшее снижение.

Визуальный анализ показал, что у большинства спортсменов (у 14 из 16) после выполнения нагрузки «до отказа» на анакротической части сфигмограммы бедренной артерии появлялась зазубренность различной выраженности, которая на 10-й мин. восстановительного периода почти исчезала. Зазубренность обнаружена также после теста Селингера у 7, степ-теста—у 8 и лыжных гонок—у 12 спортсменов.

Таким образом, выраженность изменений сфигмограмм бедренной и лучевой артерий при физических напряжениях определенным образом зависит от характера выполняемой работы. При физической нагрузке большого объема и интенсивности сдвиги формы периферических сфигмограмм выражены значительно ярче. Восстановление отдельных участков сфигмограмм протекает неодинаково и носит фазный характер.

Армянский государственный институт физической культуры      Поступила 24/VI 1983 г.



ԱՂԴՐԱՅԻՆ ԵՎ ՃԱՃԱՆՉԱՅԻՆ ՉԱՐԿԵՐԱԿՆԵՐԻ ԱՆՈՒՍՉԱՐԿԱԳՐԵՐԻ ՁԵՎԵՐԻ  
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՌԱՋՆԱՆՍԿԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԿԱԿԱՍԾ ԿԱՏԱՐՎՈՂ  
ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԾԱՆՐԱՔԵՌՆՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԲՆՈՒՅԹԻՑ

Ա մ փ ն փ ն լ մ

Ցույց է տրված, որ ազդրային և ճաճանչային զարկերակների անոթազարկազրեի ձևերի  
փոփոխությունները որոշակի ձևով կախված են կատարվող ֆիզիկական ծանրաբեռնվածություն  
ծավալից և հզորությունից:

Yu. M. Poghossian, A. V. Karapetian, S. V. Meloyan

**Peculiarities of the Changes of the Forms of Sphygmograms of the  
Femoral and Radial Arteries, Depending on the Character of the  
Performed Physical Load**

**S u m m a r y**

It is shown that the expressiveness of the changes of the forms of sphygmograms of the femoral and radial arteries depends on the power and volume of the performed physical load.

УДК 616.13.002.2

В. М. БЫКОВ, В. И. ФУСТ, Н. Г. ХОРЕВ, Г. А. ШЕПИЛОВА

**О РОЛИ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ  
ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ РАССТРОЙСТВ РЕГИОНАРНОЙ  
МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ТРОМБАНГИИТЕ  
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Известно, что при переходе человека в вертикальное положение тела в дистальных отделах нижних конечностей возникает ортостатическая артериальная гипертензия, которая сопровождается гипертонией регионарных артерий среднего и малого калибра.

В данной работе изучалась роль физиологической постуральной нагрузки в формировании расстройств микроциркуляции и ишемического синдрома в пораженных конечностях при облитерирующем тромбангите.

Обследовано 38 больных тромбангитом нижних конечностей, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней № 2 Алтайского государственного медицинского института. Диагноз тромбангита подтвержден рядом функциональных методов диагностики (тахосциллография, реовазография, фотоплетизмография), а также ангиографическими методами исследования. Тяжесть нарушений микроциркуляции и ишемического синдрома по IV степени. Обследованные больные