

ЛИТЕРАТУРА

1. Комаров Ф. И., Ольбинская Л. И. и др. Тер. архив, 1979, 8, 13—17.
2. Сидоренко Б. А., Касаткина Л. В., Лупанов В. И. и др. Кардиология, 1979, 8, 70—73.
3. Сумароков А. Б., Ромаков А. Ю., Сагиров А. М. и др. Клиническая медицина, 1984, 3, 42—46.
4. Шхвацабая И. К. Кардиология, 1978, 6, 10—16.
5. Bernard R. C., Pierre W. et al. Am. J. Cardiol., 1984, 53, 1, 1—9.
6. Schurtz Cl, Jarry G., Isorini C. Informac. Cardiol., 1984, 8, 6, 603—608.
7. Schurmans J., Plessens J., Ketstellot H. Europ. J. Clin. Pharmacol., 1982, 23, 5, 389—395.

УДК 616.12—005.4—073.97

А. А. НАЛЯН

ИЗМЕНЕНИЯ СУММАРНОЙ АМПЛИТУДЫ ЗУБЦОВ R И T ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ ОРТОКЛИНОСТАЗЕ У БОЛЬНЫХ НЕЙРО-ЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ И АТИПИЧНОЙ НАЧАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИБС И ИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Ортостатическая проба является доступным и широко применяемым методом изучения функционального состояния сердца [1—5]. Однако остается недостаточно освещенным в литературе вопрос о характере изменений электрокардиограммы при этой пробе у больных с функциональными заболеваниями сердца (нейро-циркуляторной дистонией) и ИБС.

В противоположность многочисленным данным о характере изменений амплитуды зубцов R при физическом нагрузочном тесте, в литературе весьма скудно освещен вопрос о характере изменений зубца R при ортоклиностатической пробе.

Задачей нашего исследования являлось изучение электрокардиографической реакции на ортоклиностастические воздействия у больных нейро-циркуляторной дистонией и атипичной начальной формой ИБС, а также оценка дифференциально-диагностической ценности изменений суммарной амплитуды зубцов R(v_3-v_6) и T(v_2-v_6).

Особенностью исследования являлось то, что для изучения были выбраны группы больных НЦД и ИБС, характеризующиеся значительной общностью клинических и электрокардиографических проявлений, т. е. с нейро-циркуляторной дистонией сравнивалась группа ИБС без достоверных клинических (стенокардия) или функциональных (нагрузочная горизонтальная депрессия сегмента ST) критериев ИБС.

Активная ортоклиностастическая проба проведена у 60 больных нейро-циркуляторной дистонией и 30 больных с атипичной начальной формой ИБС по следующей методике: в исходном состоянии лежа, затем на 1, 5, 10-й мин ортостаза (вертикального положения) и вновь на

1, 5, 10-й мин клиностаза (горизонтального положения) регистрировалась ЭКГ в 12 общепринятых отведениях. Рассчитывалась суммарная амплитуда зубцов R (v_3-v_6) и T (v_2-v_6).

Динамика изменений суммарной амплитуды зубцов R показана на рис. 1.

Как видно из приведенного рисунка, в группе больных НЦД сразу после перехода в вертикальное положение (на 1-й мин ортостаза) отмечается заметное уменьшение $\Sigma R(v_3-v_6)$: от $44,7 \pm 2,4$ до $40,86 \pm 2,36$ мм при $P > 0,1$; затем в течение 10 мин стояния эта величина незначительно изменяется и вновь повышается при переходе в горизонтальное положение (клиностаз). В то же время у больных ИБС, при атипичных начальных проявлениях ее, отмечается иная динамика $\Sigma R(v_3-v_6)$: сохранность с тенденцией к повышению на 1-й мин ортостаза, медленное уменьшение до 10-й мин, нечеткое повышение на 1-й мин клиностаза с неадекватно резким снижением к концу пробы.

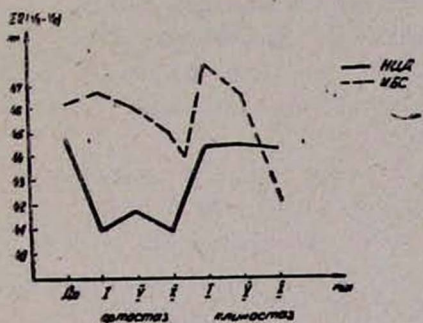


Рис. 1. Динамика изменений суммарной амплитуды зубцов R (v_3-v_6) при ортоклиностатической пробе у больных нейро-циркуляторной дистонией и атипичной начальной формой ИБС.

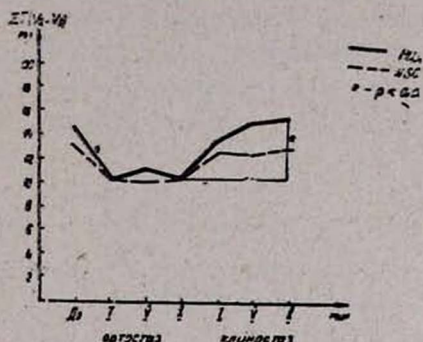


Рис. 2. Динамика изменений суммарной амплитуды зубцов T (v_2-v_6) при ортоклиностатической пробе у больных нейро-циркуляторной дистонией и атипичной начальной формой ИБС.

Изменения амплитуды зубцов R у больных нейро-циркуляторной дистонией являются отражением физиологических процессов приспособления к ортоклиностазу по следующему механизму: переход в вертикальное положение приводит к скоплению крови в нижних конечностях в результате гравитационного воздействия, что, в свою очередь, уменьшает венозный возврат к сердцу и диастолическое наполнение левого желудочка, т. е. уменьшается диастолический объем левого желудочка, что, в соответствии с постулатом Brody, приводит к уменьшению амплитуды зубца R. Исключение же фактора гравитации (клиностаз) по обратному механизму вызывает вновь увеличение амплитуды зубца R. У больных же ИБС, при атипичной начальной ее форме, нарушается физиологичность течения гемодинамических сдвигов, что отражается в виде патологической кривой изменений суммарной амплитуды зубцов.

Определенные различия выявлены (рис. 2) и в динамике суммарной амплитуды зубцов Т (v_2-v_6).

Как видно из приведенного графика, суммарная амплитуда зубцов Т достоверно снижается у больных НЦД и на 5 и 10-й мин вертикального положения продолжает существенно отличаться от исходной величины ($P<0,02$), а затем постепенно повышается, с переходом в горизонтальное положение, доходя до исходного уровня, и становится достоверно выше минимального значения в вертикальном положении.

При ИБС же снижение $\Sigma T(v_2-v_6)$ при переходе в вертикальное положение носит несущественный характер, в положении стоя колеблется незначительно и затем, при переходе в горизонтальное положение, вновь плавно возвращается к исходному уровню, недостоверно отличаясь в своих максимальных и минимальных значениях.

Таким образом, при отсутствии депрессии сегмента ST как достоверного критерия скрытой коронарной недостаточности определенную дифференциально-диагностическую ценность для дифференциации нейро-циркуляторной дистонии и атипичной начальной формы ИБС представляют изменения суммарной амплитуды зубцов R (v_3-v_6) и T (v_2-v_6) электрокардиограммы, которые проявляют большую лабильность при НЦД и большую стабильность при атипичной начальной ИБС.

Выявленная закономерность значительно повышает дифференциально-диагностическую ценность ортоклиностатической пробы.

Институт кардиологии МЗ АрмССР
им. Л. А. Оганесяна

Поступила 15/V 1985 г.

Ա. Ա. ՆԱՅԱՆ

ԷԼԵԿՏՐԱՍՏՏԱԳՐԻ R և T ԱՍՏՄԻԿՆԵՐԻ ԳՈՒՄԱՐԱՅԻՆ ԱՄՊԼԻՏՈՒԴԻ
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՕՐԹՈԿԼԻՆՈՍՏԱԶԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ՆՅՐՈՑԻՐԿՈՒԿԱՏՈՐ
ԴԻՍՏՈՆԻԱՅՈՎ ԵՎ ՄՐՏԻ ԻՇԵՄԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԱՏԻՊԻԿ ՍԿԶՐԱԿԱՆ
ՁԵՎՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ԵՎ ՆՐԱՆՑ
ՏԱՐԲԵՐԱԿԱՅԻՆ-ԱԽՏՈՐՈՇԻԶ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ցույց է տրված էլեկտրաստագրի R և T առամիկների դամարային ամպլիտուդի կորերի տարբեր բնույթը օրթոկլինոստատիկ փորձի ժամանակ նեյրոցիրկուլյատոր դիստանցիայով (նճԴ) և սրտի իշեմիկ հիվանդության առիպիկ սկզբնական ձևով տառապող հիվանդների մոտ, որը բացատրվում է հարմարողականության ֆիզիոլոգիական մեխանիզմների պահպանվածությամբ՝ նճԴ-ով հիվանդների մոտ և օրթոստատիկ տոլերանտության իջեցմամբ՝ սրտի իշեմիկ հիվանդության սկզբնական ձևի ժամանակ:

Changes of the Total Amplitude of the ECG R and T Waves in Orthoclinostasis in Patients With Neurocirculatory Dystonia and Atypical Initial Form of Ischemic Heart Disease and Their Differential Diagnostic Value

Summary

The different dynamics of the curves of the ECG R and T waves' total amplitude in orthoclinostasis test of patients with neurocirculatory dystonia (NCD) and atypical initial form of ischemic heart disease (IHD) are shown. This fact testifies to the preservation of the physiologic mechanism of adaptation in patients with NCD and to the decrease of orthostatic tolerance in the initial form of IHD.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян К. Г., Оганесян Л. С. Нагрузочные тесты и ишемическая болезнь сердца. Ереван, 1984.
2. Матусова А. П., Шливко Л. З. Кардиология, 1972, 9, 35—39.
3. Мехтиев В. С. Дисс. канд., Баку, 1979.
4. Москаленко Н. П., Глезер М. Г. Кардиология, 1979, 11, 112.
5. Орлов В. Н. Руководство по электрокардиографии. М., 1983.

УДК 616.12—005.4—085.37—097

В. А. МКРТЧЯН, С. С. ГАМБАРОВ, Л. Г. БУДАГЯН, М. А. АСАТРЯН,
Р. С. ЭТЕНИКЯН, Л. П. МИСКАРЯН, В. А. МКРТЧЯН, Л. Н. МАРКАРЯН

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИММУНОФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

В последние годы была продемонстрирована роль иммунных механизмов в патогенезе различных заболеваний сердечно-сосудистой системы [1—4].

Целью настоящего исследования явилось изучение возможности применения иммуномодулирующих средств в комплексном лечении ИБС.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 120 больных постинфарктным кардиосклерозом. Больные разделены на 3 группы. В I группу вошло 50 больных, получавших лечение обзиданом; во II—40, получавших обзидан в сочетании с γ -глобулином; в III группу вошли больные, получавшие обзидан в сочетании с аутологичными лимфоцитами, обладающими супрессорной функциональной активностью.