

1. Алмазов В. А., Ермилов Л. П., Кулешова Э. В. Нестабильная стенокардия: вопросы диагностики, патогенеза и лечебной тактики. Кардиология, 1984, 10, 5—11.
2. Грацианский Н. А. Нестабильная стенокардия: некоторые вопросы патогенеза и лечения. Кардиология, 1989, 10, 26—31.
3. Gunter K. H. Нестабильная стенокардия: диагноз ико-стратегическая проблема *Cor et Vasa* 1985, 27, 2, 141—143.
4. Kannel W. D. Detection and management of patients with silent myocardial ischemia. *Amer. Heart J.* 1989, 117, 1, 221—226.
5. Northcote Robin I. Higgins G. J. Silent myocardial ischemia: Characteristics and management. *Int. J. Cardiol.* 1990, 26, 1, 5—13.
6. Wilcox I., Freedman S. B., Kelly D. T., Harris Ph. J. Clinical Significance of silent ischemia in unstable angina pectoris. *Amer. J. Cardiol.* 1990, 65, 26, 1313—1316.

УДК 616.125

А. И. ДЯДЫК, Н. Т. ВАТУТИН, А. Н. МИТРОФАНОВ,
Н. В. МАЛЫЦЕВА, Т. В. ЗВЯГИНА

СЛУЧАЙ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ С НИЗКОЙ ЧАСТОТОЙ ПРЕДСЕРДНЫХ ВОЛН

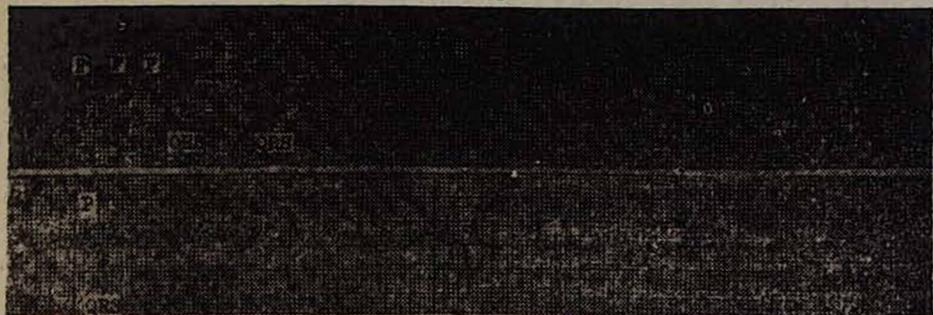
Частота предсердного ритма при трепетании предсердий обычно составляет 220—430 в минуту [2—5]. Некоторое урежение частоты волн трепетания иногда наблюдается при медикаментозных воздействиях (хинидин, новокаиномид) у больных с большими размерами предсердий [1, 2, 7]. Приводим наблюдение, показывающее возможность существования трепетания предсердий с частотой ниже 200 в минуту без влияния медикаментов и при нормальных размерах полостей сердца.

Больная Т., 26 лет поступила в клинику 3.05.89 года с жалобами на постоянное сердцебиение, одышку при умеренной физической нагрузке, ноющие боли в области сердца, периодические головокружения и потемнение в глазах.

С сентября 1986 года стали беспокоить слабость, недомогание, субфебрильная температура. Многократно обращалась к врачам, ставился диагноз: «Острое респираторное заболевание». В ноябре 1987 года внезапно почувствовала сердцебиение, головокружение, потемнение в глазах, стала отмечать одышку при небольшой физической нагрузке. Тогда же впервые было выявлено трепетание предсердий. Получая препараты калия, дигоксин, рибоксин больная отмечала непереносимость хинидина. В последующем медикаменты не принимала, трепетание предсердий сохранялось.

При поступлении состояние удовлетворительное. Умеренный цианоз губ, 20 дыханий в минуту. Пульс аритмичный, частота варьирует от 96 до 134 в минуту. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Деятельность сердца аритмична, умеренный акцент и расщепление II тона на легочной артерии. Пе-

чень у реберного края. Отеков нет. Общие анализы крови и мочи, острофазовые реакции, белок и белковые фракции крови без отклонений. Рентгенография: легочные поля без патологических тканей, сердце обычных размеров и конфигурации. Эхокардиография: размеры камер сердца в пределах нормы (диаметр левого желудочка 42 мм, правого 10 мм, левого предсердия 21 мм), клапанный аппарат не из-



менен, насосная функция и сократимость миокарда не нарушены (ударный объем 52 мл, фракция изгнания 55%). На ЭКГ от 3.05.89 г.—полная блокада правой ножки пучка Гиса, неправильная форма трепетания предсердий с необычно низкой частотой предсердного ритма (около 180 в минуту). Характер аритмии подтвержден записью пищевого отведения ЭКГ (рис. 1А). Клинический диагноз—«Постмиокардитический кардиосклероз, трепетание предсердий, Н-1».

Проводилась терапия рибоксином, панангином, дигоксином. 27.05.89 г. сделана безуспешная попытка устранения аритмии методом частой и сверхчастой чреспищеводной электрокардиостимуляции. 9.06.89 г. импульсом в 200 дж была проведена электроимпульсная терапия (ЭИТ), в результате чего восстановлен синусовый ритм, что показано на пищеводном отведении ЭКГ (рис. 1Б).

Убедительным подтверждением наличия трепетания предсердий в нашем случае (а не предсердной эктопической тахикардии, с которой наиболее трудно дифференцировать трепетание предсердий) служит положительный эффект ЭИТ, так как предсердную эктопическую тахикардию устранить методом ЭИТ невозможно [5, 6, 8].

Донецкий медицинский институт

Поступила 31/VII 1990 г.

Ա. Ի. ԴՅԱԿԻԿ, Ն. Տ. ՎԱՏՈՒՏԻՆ, Ա. Ն. ՄԻՏՐՈՅԱՆՈՎ,
Ն. Վ. ՄԱՆՅԱԿԱ, Ա. Վ. ԶՎՅԱԳԻՆԱ

ՆԱԽԱՍՐՏԱՅԻՆ ԱՐԻՓՆԵՐԻ ՅԱՄԲ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՄԲ
ՆԱԽԱՍՐՏՆԵՐԻ ԹՐԹՈՒՅԻ ԴԵՊՐ

Ա մ փ ո փ ո լ մ .

Նկարագրված է նախասրտերի թրթուջի մի դեպք ախտի վերաբերյալ շատ հաճախակա՛ն առթիվ՝ 26 տարեկան հիվանդի մոտ, որը տառապում էր հետորոամիանային կարդիոսկլերոզով:

A. I. Dyadyk, N. T. Vatuln, A. N. M. trapianov, N. V. Maitseva,
T. V. Zvyagina

A Case of Auricular Flutter with a Low Frequency of Atrial Waves

Summary

A case of auricular flutter is described with an extremely low frequency of the waves in a patient of 25 years of age, suffering with postmyocardial cardiosclerosis.

The character of arrhythmia is proved by the results of electroimpulsive therapy, which allows to reduce the sinus rhythm.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришкин Ю. Н. Трепетание предсердий с атриовентрикулярным проведением 1:1 (провоцирование неингаляционными анестетиками). Кардиология, 1986, 90—92.
2. Исаков И. И., Кушаковский М. С., Журавлева Н. Б. Клиническая электрокардиография, М., 1984, 446.
3. Орлов В. Н. Руководство по электрокардиографии, М., 1984, 367.
4. Томов Л., Томов И. Нарушение ритма сердца, София, 1976, 465.
5. Янжуковичус З. И., Бредикис А. Н., Лукошевичюте А. И., Забела П. В. Нарушения ритма и проводимости сердца, М., 1984, 329.
6. Gillette P., Garson A. Electrocardiologic and pharmacologic characteristics of automatic ectopic atrial tachycardia, Circulation, 1977, 56, 4, 571—575.
7. Katz L. N., Pick A. Clinical electrocardiography, New York, 1956, Part 1, 456.
8. Scherzman M. M., Basu D., Hollenberg M. Electrophysiologic studies in patients with persistent atrial tachycardia. Circulation, 1974, 50, 256—273.

УДК 616.24—089.5:615.23

Р. Т. ВИРАБЯН, Д. К. ТЕР-МИКАЕЛЯН, М. С. ОГАНДЖАНЫН,
С. С. САРКИСЯН

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НУБАИНА

В последние годы появились работы по применению некоторых методов комбинированной внутривенной анестезии с сохраненным самостоятельным дыханием [1—4].

В этой связи большое значение приобретает влияние компонентов для внутривенной анестезии на дыхательную систему.

С этих позиций мы сочли целесообразным изучить влияние нового анальгетика нубаина как компонента общей анестезии на дыхательную функцию легких, кислотно-щелочное состояние (КЩС) и газовый состав крови.

Материал и методы исследования. Обследовано 12 больных с