

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков В. С., Цикулин А. Е. Кардиология, 1986, 7, с. 105.
2. Зайцев В. П. В кн.: Функциональные психогенные нарушения в клинике внутренних болезней. М., 1980, с. 57.
3. Задонченко В. С. Автореф. докт. дис. М., 1983.
4. Морозов А. Н., Кончикова И. Л. Бюл. ВКНЦ АМН СССР, 1984, 2, с. 67.
5. Цикулин А. Е. Тер. архив, 1984, 12, с. 58.
6. Цикулин А. Е., Зиньковский А. К. Тер. архив, 1986, 11, с. 22.
7. Чуринов В. Д. Кардиология, 1976, 2, с. 91.
8. Шхвацабая И. К., Юренев А. Н., Айвазян Т. А. Кардиология, 1982, 6, с. 98.
9. Gattell R. E. Handbook of Modern Personality Theory. Chicago, 1971.

УДК 616.65—007.61

К. С. КАРАМОВ, Ж. А. БАЗИЯН

К ИЗУЧЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СКОРОСТНЫХ ПАРАМЕТРОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Изучались скоростные показатели деполяризации желудочков у здоровых лиц и у больных с гипертрофией левого желудочка. Полученные данные позволяют более четко выявить различные изменения скоростных параметров у больных ИБС и ГБ, что имеет большое практическое значение при диагностике и лечении данных патологий.

Известно, что электрокардиографическое исследование успешно используется при распознавании гипертрофии левого желудочка [2, 5]. Вместе с тем гипертрофия не всегда сопровождается характерными изменениями электрокардиограммы (ЭКГ). Для повышения диагностических [1, 6, 7, 8] возможностей ЭКГ требуется разработка новых принципов и вариантов регистрации электрической активности сердца и расширение количественного и качественного анализа специфических показателей. В этом плане немаловажное значение имеет применение метода дифференцирования сигнала электрической активности сердца, что является предметом данного сообщения.

Нами обследованы 80 больных гипертонической болезнью, преимущественно IIБ стадии, и 50 больных ишемической болезнью сердца (у последних по клинико-рентгенологическим данным не определялась гипертрофия левого желудочка). Возраст больных колебался от 45 до 80 лет. Для контроля были отобраны 100 здоровых людей в возрасте от 20 до 30 лет. У всех больных и здоровых записывалась ЭКГ в трех корригированных ортогональных отведениях и синхронно с ней в тех же отведениях—дифференциальная ЭКГ (ДЭКГ), которая получалась с помощью разработанного технического усовершенствования с регистрацией производной всех зубцов ЭКГ, что достигалось благодаря встроенному в схему электрокардиографа дифференцирующему устройству с активным элементом—операционным усилителем с глубокой отрицательной обратной связью. ДЭКГ записывалась на втором канале двухканального электрокардиографа и синхронно с ней на первом канале—общепринятая ЭКГ. На экране X—V пишущего прибора при одновременном воздействии двух отклоняющих сил одного

и того же отведения ДЭКГ и ЭКГ мы получали график зависимости скорости формирования зубцов ЭКГ от их амплитуды (кривые ГСА—график скорости от амплитуды) по ранее описанной нами методике [3, 4].

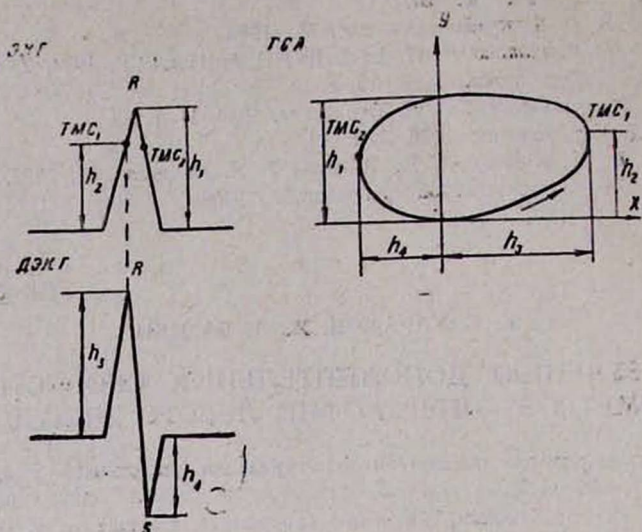


Рис. Методика определения скоростных показателей деполяризации желудочков

На ДЭКГ (рис.) мы определяли: 1) коэффициент отношений амплитуды (h_2) точки максимальной скорости (соответствует вершине R на ДЭКГ)—TMC восходящего колена зубца R ЭКГ до изолинии к амплитуде (h_1) зубца R ($\frac{h_2}{h_1}$) и 2) коэффициент отношений амплитуд последующей и первой фаз двухфазного отклонения деполяризации желудочков ДЭКГ ($\frac{h_4}{h_3}$).

По кривым ГСА (рис.) мы аналогично определяли: 1) коэффициент отношений расстояний от TMC восходящей части (наиболее удаленная точка от ординаты) петли QRS до оси абсцисс (h_2) к расстоянию от точки пересечения петли QRS с осью ординат до оси абсцисс ($h_1 - \frac{h_2}{h_1}$) и 2) коэффициент отношений расстояний TMC центростремительной части петли QRS до оси ординат (h_4) к расстоянию TMC центробежной части петли QRS до оси ординат ($h_3 - \frac{h_4}{h_3}$).

Если на общепринятой ЭКГ при гипертрофии левого желудочка увеличивается амплитуда зубцов комплекса QRS, то на ДЭКГ и кривой ГСА существенно изменяются скоростные параметры, определяемые с помощью изучаемых нами коэффициентов отношений. Результаты, полученные при определении этих коэффициентов у здоровых и больных с гипертрофией левого желудочка, представлены в табл. 1, из данных которой следует, что у больных с гипертрофией левого желу-

дочка отмечается достоверное увеличение $\frac{h_2}{h_1}$, что имеет место во всех изучаемых отведениях. Одновременно с увеличением скоростных показателей отмечалось увеличение амплитуды основного зубца деполяризации желудочков, преимущественно влево, вниз, назад.

Таблица 1

Соотношение скоростных показателей деполяризации желудочков по ДЭКГ у здоровых лиц и у больных с гипертрофией левого желудочка, $M \pm m$

Исследуемые группы	Показатели	Отведения		
		X	Y	Z
Здоровые	$\frac{h_2}{h_1}$	$0,68 \pm 0,03$	$0,72 \pm 0,04$	$0,76 \pm 0,02$
	$\frac{h_4}{h_3}$	$0,72 \pm 0,12$	$0,74 \pm 0,11$	$0,77 \pm 0,09$
	$\frac{h_2}{h_1}$	$0,92 \pm 0,04$	$0,94 \pm 0,07$	$0,86 \pm 0,03$
	$\frac{h_4}{h_3}$	$0,75 \pm 0,08$	$0,81 \pm 0,06$	$0,77 \pm 0,09$
Больные	$\frac{h_2}{h_1}$	$<0,001$	$<0,02$	$<0,01$
	$\frac{h_4}{h_3}$	$>0,2$	$>0,2$	$>0,5$

Показатель $\frac{h_4}{h_3}$ несущественно ($p > 0,2$) увеличивался. Наши исследования показали, что этот коэффициент увеличивается прогрессивно снижению сократительных свойств сердечной мышцы.

Как видно из табл. 2, у больных с гипертрофией левого желудочка также и по данным кривой ГСА отмечается достоверное увеличение скоростных показателей ($\frac{h_2}{h_1}$) во всех изучаемых отведениях. Оценка каждого случая показала, что увеличение скоростного показателя сопровождается увеличением амплитуды в каждом из изучаемых отведений, которое больше наблюдалось в направлении влево.

Наши данные показали, что в каждом из изучаемых отведений отмечалось увеличение продолжительности интервала от начала деполяризации до проекции ТМС на изолинию (в среднем на $0,02 \text{ сек}$).

Изучение скоростных показателей по различным кривым выявило их закономерное увеличение в зависимости от гипертрофии левого желудочка. Было убедительно показано, что чем сильнее была выражена гипертрофия левого желудочка, тем больше увеличивался коэффициент $\frac{h_2}{h_1}$. Его увеличение, как показали наши данные, связано с увеличением расстояния от ТМС центробежной части петли QRS до оси абсцисс, что обусловлено приближением ТМС к максимальному отклонению от горизонтальной линии при анализе комплекса деполяризации желудочков.

Соотношение скоростных показателей деполаризации желудочков по ГСА у здоровых лиц и у больных с гипертрофией левого желудочка

Исследуемые группы	Показатели	Отношения		
		X	Y	Z
Здоровые	$\frac{h_2}{n_1}$	$0,78 \pm 0,08$	$0,75 \pm 0,03$	$0,68 \pm 0,04$
	$\frac{h_4}{h_3}$	$0,46 \pm 0,14$	$0,48 \pm 0,07$	$0,54 \pm 0,09$
	$\frac{h_2}{h_1}$	$0,96 \pm 0,04$	$0,97 \pm 0,05$	$0,87 \pm 0,08$
Больные	P	$< 0,05$	$< 0,001$	$< 0,02$
	$\frac{h_4}{h_3}$	$0,58 \pm 0,06$	$0,64 \pm 0,1$	$0,72 \pm 0,09$
	P	$> 0,5$	$> 0,2$	$> 0,2$

Таким образом, полученные данные позволяют более четко выявлять различные изменения скоростных параметров у больных ишемической и гипертонической болезнью сердца, что имеет большое практическое значение при диагностике и лечении данных патологий.

НИИ клинической и экспериментальной хирургии МЗ АЗ ССР

Поступила 12 VI 1987 г.

Կ. Ս. ԶԱՐԱՄՈՎ, Ժ. Ա. ԲԱԶԻՅԱՆ

ՁԱԽ ՍՐՏԱԽՈՐՇԻ ԳԵՐԱՃԻ ԱՐԱԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՋԱՓԱՆԻՇՆԵՐԻ ՈՒՍՈՒՄԱՍԻՐՄԱՆ ՇՈՒՐՉ

էլեկտրական ազդանշանի տարբերական (դիֆերենցիալ էլեկտրասրտագրության և ամպլիտուդի արագության գրաֆիկի կորագծի) մեթոդի օգնությամբ հիպերտոնիայով տառապող 80 և իշեմիկ հիվանդությամբ տառապող 50 հիվանդների մոտ ուսումնասիրվել է սրտախորշերի ապաբեռացման ժամանակաշրջանում պոտենցիալների տարբերության փոփոխման արագությունը: Պարզվել են ձախ սրտախորշի հիպերտրոֆիայի համար բնորոշ ամպլիտուդների և արագությունների մի շարք հարաբերակցություններ:

K. S. KARAMOV, Zh. A. BAZIYAN

ON THE STUDY OF ADDITIONAL RATE PARAMETERS OF THE LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY

In healthy persons and patients with the left ventricular hypertrophy the rate indices of the ventricular depolarization have been studied. The data obtained allow to reveal more efficiently different changes in the rate parameters in patients with IHD and HD, which is very important in diagnosis of these pathologies.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобер С., Домбровская В., Домбровский А. Практическая электрокардиография. Варшава, 1974.
2. Вечерский Г. А., Баранов Л. Г., Лисютин В. Г. Справочник по клинической электрокардиографии. Минск, 1985.
3. Карамов К. С., Базиян Ж. А. Кровообращение, 1981, 5, с. 18.
4. Карамов К. С., Базиян Ж. А. Кардиол., 1982, 9, с. 100.
5. Орлов В. Н. Руководство по электрокардиографии. М., 1983.
6. Стамболцян Р. П. В кн.: Проблемы современной электрокардиологии. Ереван, 1976, с. 70.
7. Askenazi J., Freedman W. B., Cohn P. F. et al. Circulation, 1976, 54:Supplement 11:11-125.
8. Gottwik M. G., Parlisi A. F., Askenazi J., McCaughan D. The American Journal of Cardiology, 1973, 1, 9.

УДК 616.34 : 615.7

В. М. АРУТЮНЯН, Г. А. МИНАСЯН, Р. В. АРУТЮНЯН

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Рассмотрены проблемы дифференцированной фармакотерапии язвенной болезни. Показано значение учета локализации и величины язвы, клинических особенностей заболевания, состояния моторной и секреторной функций желудка и двенадцатиперстной кишки, психического статуса пациента, индивидуальной чувствительности к фармакологическим средствам, возраста и пола больных и т. п. Даны практические рекомендации по дифференцированному назначению противоязвенных средств.

В настоящее время существует два различных подхода к лечению язвенной болезни. В нашей стране принято проводить комплексное противоязвенное лечение [1, 2], традиционно включающее совместное применение антацидов, холинолитиков, репарантов, транквилизаторов, витаминов и других препаратов. За рубежом, наоборот, предпочтение отдается монотерапии каким-либо из современных высокоэффективных противоязвенных средств (локстидин, омепразол, доксепин, синтетические простагландины E_1 и E_2), обеспечивающих за месячный курс лечения язвозаживление у 72—95% больных [5, 6, 8]. В то же время рутинное применение комплексного противоязвенного лечения обеспечивает за месяц лечения полное рубцевание язвы лишь у 35—50% пациентов [1]. В связи с этим возникает вопрос, насколько можно повысить эффективность комплексного противоязвенного лечения путем дифференцированного назначения лекарственных средств?

Нами обследовано 80 больных (56 мужчин, 24 женщины) с язвой желудка (12) и двенадцатиперстной кишки (68 человек) в возрасте 17—58 лет и длительностью заболевания от 1 до 8 лет, которые были распределены на две равные группы по принципу случайного отбора: I группа получала обычное комплексное противоязвенное лечение, включающее антациды, антихолинергические, транквилизаторы, репаранты и т. п., II группа — аналогичное лечение, но с дифференциро-