телями с соответствующим индивидуальным подбором дозы, составлением диеты для достижения оптимального, стабильного уровня сахара в крови (в пределах 7,2—8,8 ммоль/л).

Кафедра внутренних болезней
№ 2 Ереванского медицинского
института

Поступила 18/VI 1991г.

Ռ. Պ. Ստամբոլցյան, Դ. Ա. Նաջարյան, Մ. Ֆ. Դրամբյան

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԲՈՒԹՅԱՆ ՍԱՐԲԵՐ ՆԵՐԳՈՐԾՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՉԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՄՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ
ԸՆԹԱՅՔԻ ԵՎ ԵԼՔԻ ՎՐԱ ԵԱՔԱՐԱԿՆԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Տարվել են հետազոտություններ սրտամկանի ինֆարկտով տառապող երկու խումբ շաքարախտով հիվանդների մոտ, որոնցից մի խումբը մինչև հիվանդանալը բուժվել է սուլֆանիլամիդային դեղամիջոցներով, իսկ մյուսը՝ ինսուլինով:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ այն հիվանդների մոտ, որոնք ստացել են ինսուլին, սրտամկանի ինֆարկտը առաջացել է շատ ավելի ուշ, կրկնակի ինֆարկտները եղել են շատ ավելի քիչ և մահացությունը եղել է զգալի կերպով ավելի ցածր, քան այն հիվանդների մոտ, որոնք ինսուլին չեն ստացել:

R. P. Stambolts'an, D. A. Najarian, M. F. Drampian

The Influence of Different Antidiabetic Measures on the Peculiarities of the Course and Outcome of Myocardial Infarction at Diabetes Mellitus

The investigations have shown that in the group of patients with diabetes mellitus, treated by insulin, myocardial infarction developed later than the disease. The number of repeated infarctions as well as lethality were lower, than in the group of patients, who didn't take insulin.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Веревокина А. Ф. Автореф. дис. канд. М., 1975.
2. Голиков А. П., Берестов А. А., Майоров Н. И. Кардиология, 1977, 3, с. 65.
3. Гороховский Б. И. Клин. мед., 1970, 5, с. 123.
4. Мегрели Д. С., Мегреладзе М. И., Орджоникидзе С. П. и др. Тер. архив, 1982, 10, с. 18.
5. Blumental H. T., Alox M., Goldenberg S. Arch., 1960 70, 396.
6. Smith J. W., Buckels L. J., Carlson K., Marcus F. J. Amer. J. Med., 1983, 75, 2, 217.

УДК 616.127—005.8:616.379—008.64

Р. П. Стамболцян, М. Ф. Драмбян, Д. А. Наджарян

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОМПОНЕНТОВ ЭКГ И ИХ ДИНАМИКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Среди многочисленных факторов, предопределяющих течение инфаркта миокарда (ИМ) и его исход, первостепенным является величина инфарктного очага. На основании ряда экспериментальных и клиниче-

Таблица 1

Количественные показатели зубца Q в динамике ИМ при СД и в контрольной группе ($M \pm m$)

Динамика зубца Q (мм ²)	Нозология	Г р у п п ы					
		I	P _{I-II}	II	P _{II-III}	III	P _{I-III}
При поступлении	СД	0,65 $\pm$ 0	<0,001	242,30 $\pm$ 7,81	<0,001	367,2 $\pm$ 8,71	<0,001
	контр.	128,43 $\pm$ 9,62	<0,001	322,50 $\pm$ 13,87	<0,001	536,79 $\pm$ 18,85	<0,001
В течение болезни (KD _а)	СД	0,05 $\pm$ 0	<0,001	51,30 $\pm$ 3,14	<0,001	93,02 $\pm$ 5,21	<0,001
	контр.	43,07 $\pm$ 4,56	<0,001	103,50 $\pm$ 6,55	<0,001	172,2 $\pm$ 6,83	<0,001
При выписке	СД	0,05 $\pm$ 0	<0,001	258,5 $\pm$ 5,65	<0,001	401,00 $\pm$ 6,65	<0,001
	контр.	77,50 $\pm$ 1,65	<0,001	303,1 $\pm$ 9,75	<0,001	561,34 $\pm$ 4,73	<0,001

ских исследований в последние годы сформировалась концепция, рассматривающая ИМ как динамический процесс, в котором важная роль отводится перинфарктной зоне [1, 2, 6, 7]. Наиболее широко применяемые в клинике прекардиальное электрокардиографическое картирование и динамическое исследование активности ферментов в сыворотке крови достаточны для изучения направленности процесса, но не дают возможности количественно оценить величину инфарктного очага в динамике болезни [3, 4].

Целью настоящего исследования явилось количественное изучение величины и динамики инфарктного очага у больных с сахарным диабетом (СД) в сравнении с трансформацией инфарктного очага без СД (контрольная группа) в разные периоды болезни.

Обследовано 106 больных с ИМ с локализацией на передней стенке сердца на фоне СД. В качестве контрольной группы взято 96 больных с ИМ с локализацией на передней стенке сердца.

Для изучения некротической и перинекротической зон нами была применена методика прекардиального картирования в 35 отведениях с исследованием зубцов Q, R, а также конечной части желудочкового комплекса ST-T.

Для определения количественных показателей ЭКГ нами применена методика Р. П. Стамболцяна и Л. М. Михаелянца [5], основанная на изучении амплитудно-временных значений (площадей) зубцов Q, R, ST-T в множественных прекардиальных отведениях, которая открывает новые возможности для применения информативности ЭКГ метода при ИМ, в том числе для динамического наблюдения за изменением размеров ИМ в процессе заболевания. Сравнивая эти показатели с их нормальными величинами в каждом отведении для определенного пола и возраста, можно вывести отклонение от нормы зубцов Q ($\Sigma \Delta Q$), R ($\Sigma \Delta R$), комплекса ST-T ($\Sigma \Delta ST-T$) для каждого отведения электрокардиограммы (ЭКГ).

Динамика различных компонентов ЭКГ изучалась путем сравнения отклонения от нормы зубцов Q, R, комплекса ST-T по данным различных исследований для каждого отведения отдельно и в целом. Выведен коэффициент динамичности зубцов ЭКГ в 35 отведениях [5].

В соответствии с величиной отклонения зубца Q от нормы больные ИМ с СД были разделены на 3 группы в зависимости от средних показателей амплитудно-временных значений зубца при поступлении, в процессе лечения, при выписке (табл. 1). Сравнение показателей площадей зубца Q больных ИМ с СД и контрольной группы показало, что глубина изменений миокарда у них меньше, чем у больных контрольной группы: зубец Q при ИМ с СД имеет менее выраженную тенденцию к отклонению. Общее отклонение зубца Q при СД—211,35, тогда как в контрольной группе—320,6 мм² ($P < 0,001$). К тому же не всегда малая динамичность Q приводит к благоприятному исходу.

Зубец R, в свою очередь, также имеет важное значение при ИМ, так как он непосредственно связан с количеством кар-

Таблица 2

Количественные показатели зубца R в динамике ИМ при СД и в контрольной группе ($M \pm m$)

Динамика зубца R (мм ²)	Нозология	Г р у п п ы					
		I	P _{I-II}	II	P _{II-III}	III	P _{I-III}
При поступлении	СД	132,2±3,99	<0,001	171,3±4,4	<0,001	197,8±4,15	<0,001
	контр.	170,5±6,91	<0,001	205,9±6,84	<0,01	242,86±5,81	<0,001
В течение болезни (КДр)	СД	10,41±1,12	<0,001	20,18±1,82	<0,25	23,8±1,96	<0,001
	контр.	16,14±1,73	<0,05	27,29±2,59	<0,002	36,85±4,09	<0,001
При выписке	СД	108,3±2,43	<0,001	170,2±2,59	<0,001	198,3±4,45	<0,001
	контр.	158,5±3,24	<0,001	214,67±3,17	<0,001	261,01±3,42	<0,001

Таблица 3

Количественные показатели комплекса ST-T в динамике ИМ при СД и в контрольной группе ($M \pm m$)

Динамика комплекса ST-T (mM^2)	Нозология	Г р у п п ы					
		I	P _{I-II}	II	P _{II-III}	III	P _{I-III}
ST-T (+) при поступлении	СД.	37,53±2,63	<0,001	161,8±5,4	<0,001	249,7±1,37	<0,001
	контр.	51,21±4,18	<0,001	153,45±11,55	<0,001	222,79±12,51	<0,001
ST-T (-) при поступлении	СД	145,7±3,96	<0,001	69,96±4,47	<0,001	172,6±3,84	<0,001
	контр.	339,5±15,7	<0,001	97,93±6,14	<0,01	162,36±1,89	<0,01
ST-T в течение болезни (КД _{т-т})	СД	181,43±9,83	<0,001	285,61±12,3	<0,002	346,92±18,19	<0,001
	контр	188,07±16,76	<0,01	257,93±57,46	<0,05	329,5±26,04	<0,01
ST-T (+) при выписке	СД	43,54±1,34		0		0	
	контр	0		0		0	
ST-T (-) при выписке	СД	493,16±6,89	<0,001	603,7±3,21	<0,01	865,88±7,29	<0,001
	контр.	613,87±11,37	<0,001	823,91±21,18	<0,01	961,93±43,37	<0,001

диомиоцитов и отражает степень развития некротической и перинекротической зон в миокарде при ишемии. Изучение зубца R при ИМ с СД, сравнение этих данных с аналогичными показателями контрольной группы дают полное представление о развитии ишемии и некротических изменений в миокарде у больных ИМ при СД.

Из данных табл. 2 стало ясно, что при СД зубец R в большинстве случаев меньше отклоняется от нормы, чем в контрольной группе. Кроме того, необходимо отметить, что незначительные изменения зубца R в начале болезни не всегда обуславливают его малую динамичность и приводят к благоприятному исходу болезни.

Конечная часть желудочкового комплекса ST-T подвергается различным изменениям в зависимости от размеров возникшей некротической и перинекротической зон. Исследования комплекса ST-T у больных ИМ при СД со дня поступления и до выписки с сравнением полученных данных с контролем также проводилось на 3 группах: I—22, II—30, III—54 больных (табл. 3).

Как видно из табл. 3, за все время обследования средний показатель отклонения конечной части желудочкового комплекса ST-T у больных ИМ с СД более высокий, чем в контрольной группе. Как ни парадоксально, при СД общее отклонение зубцов ЭКГ от нормы (что характеризует величину инфарктного очага) меньше, чем в контрольной группе (200,6—при СД, 269,33—в контрольной группе, $P < 0,001$). Необходимо отметить, что в контрольной группе наблюдается хорошо очерченный некротический очаг (QS) и менее выраженные сдвиги вокруг него (ST-T), тогда как у больных СД отмечается более распространенный очаг без очерченной границы между эпицентром поражения и его окружением. Следовательно, при СД сам инфарктный очаг не очень глубокий, но более разлитой, и перинфарктная зона имеет большее распространение и более неблагоприятное течение.

Для прогнозирования течения ИМ при СД мы сопоставили ЭКГ показатели с исходом болезни и сравнили с данными контрольной группы. Было установлено, что течение ИМ и его исход при СД зависит не только от изменений, происходящих в самом миокарде, но и во многом от течения и степени выраженности сахарного диабета.

Все это важно учесть при прогнозировании течения и исхода болезни, а также для правильной коррекции лечебных воздействий.

Кафедра внутренних болезней
№ 2 Ереванского медицинского
института

Поступила 18/VI 1991 г.

Ռ. Պ. Ստամբոլյան, Մ. Ֆ. Դեմարյան, Դ. Ա. Նաչարյան

ՄՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԷԼԵԿՏՐԱՍՏՐԱԳՐԻ ԵՎ ՆՐԱ ԲԱՂԱԿԻՐԱՄԱՍԵՐԻ
ՔԱՆԱԿԱԿԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ՇԱՔԱՐԱՆՑՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Էլեկտրաստրագրի պարբերականության քանակական ուսումնասիրությանը
ցուցիչ ցույց է տվել, որ շաքարախտի դեպքում ինֆարկտային օջախի մեծու-
թյունը համեմատաբար ավելի փոքր է, քան շաքարախտի բացակայության

դեպքում: Չնայած դրան, էլեկտրասրտագրի որոշ բաղադրամասերի շարժունությունը մեծ է և անբարենպաստ:

Սրանից եզրակացնում ենք, որ շաքարախտի ժամանակ սրտամկանի ինֆարկտի անբարենպաստ ընթացքը և ելքը պայմանավորված են ոչ այնքան օջախի մեծությամբ, որքան սրտամկանի հարինֆարկտային տեղամասերում ընթացող ախտաբանական փոփոխություններով, որոնք իրենց հերթին պայմանավորված են շաքարախտով:

R. P. Stamboltsian, M. F. Drampian, D. A. Najarian

The Quantitative Indices of ECG Components and their Dynamics at Myocardial Infarction in Patients with Diabetes Mellitus

The investigations show that in patients with diabetes mellitus the sizes of myocardial infarction are smaller in comparison to those in the control patients. The course and outcome of myocardial infarction at diabetes mellitus depend on the changes, taking place in perinfarction zone, which is more extended and has more unfavourable dynamics.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов А. В., Арутюнов Г. П., Гельфанд И. Н. и др. Кардиология, 1984, 9, с. 31.
2. Матусова А. П., Вольская Н. И. Кардиология, 1984, 9, с. 23.
3. Руда М. Я. Кардиология, 1981, 6, с. 5.
4. Чазов Е. И. Инфаркт миокарда. М., 1971.
5. Стамболцян Р. П., Михаелянц Л. М., Драмлян М. Ф. и др. Кардиология, 1988, 7, с. 21.
6. Maroko P. R., Libby P., Covell J. W. et al. Amer. J. Cardiol., 1972, 29, 223.
7. Smith J. W., Buckels L. J., Carlson K., Marcus F. J. Amer. J. Med., 1983, 75, 2, 217.

УДК 615.673:616—009.7—039.13

П. А. Казарян, В. А. Аствацатрян, Ф. Х. Антонян

ИЗМЕНЕНИЕ ФОСФОЛИПИД-ФОСФОЛИПИДНЫХ СООТНОШЕНИЙ И УРОВЕНЬ ГЛИЦЕРОФОСФАТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Изучение молекулярной организации биомембран при патологических состояниях в настоящее время является одним из ведущих направлений современной медицины.

Периодическая болезнь (ПБ) характеризуется различными нарушениями обменных процессов, во многом зависящих от периода болезни (приступ или ремиссия), а также от сопутствующих заболеваний и присоединившихся осложнений (амилоидоз и др.) [1]. Большую роль в развитии патологических реакций организма при этом играют изменения в уровне структурных компонентов биомембран, главным образом сдвиги в них основного липидного компонента — фосфолипидов (ФЛ) [4, 5].