

митральным стенозом в ближайшие несколько часов после восстановления синусового ритма одним трансторакальным разрядом конденсатора 4000—5000 в мы наблюдали развитие отека легких, он ни разу не возникал у больных, которые получили 2, 3 и 4 трансторакальных разряда конденсатора со все возрастающим напряжением и у которых восстановить синусовый ритм не удалось. Эти данные позволяют предполагать наличие неустойчивости функционирования отдельных звеньев системы кровообращения в ранние сроки после восстановления синусового ритма с помощью электроимпульсной терапии. Одним из ведущих, по-видимому, является левопредсердная недостаточность и несоответствие притока крови к левой половине сердца с его возможностями переправить ее в аорту, а также вариабельность давления в левом предсердии. Повышение давления в левом предсердии, наблюдаемое нами и другими авторами у больных митральным стенозом после восстановления синусового ритма, по-видимому, в некоторых случаях недостаточно для того, чтобы обеспечить необходимую величину кровотока через митральное отверстие или, наоборот, оно может быть слишком большим для данного состояния проницаемости легочных капилляров. Результаты наших наблюдений позволяют рекомендовать тщательное наблюдение за больными после восстановления у них синусового ритма, особенно на протяжении 1-х суток, ибо не исключена потенциальная возможность острого прогрессирования недостаточности кровообращения.

УДК 616.12-008.313-085.844-036.8:612.178

Результаты электроимпульсной терапии мерцательной аритмии в зависимости от функционального состояния проводящей системы и сократительной способности миокарда.
Б. И. Марфин. Кафедра госпитальной хирургии (зав.— проф. В. П. Радушкевич)
Воронежского медицинского института

Показатели ЭКГ, характерные для «синдрома функциональной слабости синусового узла» (Lown, 1964), кроме частой предсердной экстрасистолы, были изучены нами у 846 пациентов с мерцательной аритмией на следующий день после восстановления синусового ритма с помощью электрической дефибрилляции.

К синдрому «функциональной слабости синусового узла», согласно нашим наблюдениям, можно отнести синусовую брадикардию с частотой сердечных сокращений менее 50 в минуту, выраженную синусовую аритмию, при которой из 100 сердечных сокращений более 40 имеют различающиеся интервалы, распределяющиеся с разбросом не менее 0,5 сек., полную однотипность частоты сердечных сокращений (разброс 0,1 сек.), сочетание предсердной экстрасистолы с синусовой аритмией или сочетание одного из этих признаков с брадикардией с частотой менее 55 сокращений в минуту или с частичной атрио-вентрикулярной блокадой I степени, миграцию источника водителя ритма. Мы наблюдали 71 пациента с этими признаками, из них только у 10 (14,0%) синусовый ритм удерживался более 3 месяцев.

При мерцательной аритмии в атрио-вентрикулярный узел поступает большое количество импульсов от фибриллирующих предсердий, но частота сокращений желудочков ограничивается импульсами, передаваемыми атрио-вентрикулярным узлом. Вероятно, частота сердечных сокращений при мерцательной аритмии определяется функциональным состоянием атрио-вентрикулярного узла. Так, ни у одного пациента с частотой до 49 сокращений в минуту не удалось восстановить синусового ритма. С увеличением частоты улучшались и результаты, достигая оптимальных при 150 ударах в минуту. Дальнейшее учащение сокращений приводило к ухудшению результатов. Надо полагать, что выраженная бради- и тахикардия при мерцательной аритмии указывает на функциональную неполноценность атрио-вентрикулярного узла.

Изучение сократительной способности миокарда путем сравнения длинника и поперечника сердца на телерентгенограммах и величины ударного объема (с красителем Т-1824) до и после восстановления синусового ритма показало, что чем в большей степени уменьшаются размеры сердца и увеличивается ударный выброс, тем лучше результаты электроимпульсной терапии.

Таким образом, проявления функциональной слабости синусового и атрио-вентрикулярного узлов и нарушения сократительной способности миокарда являются прогностически неблагоприятными критериями электроимпульсной терапии мерцательной аритмии.

УДК 616.12-008.331.1-08:362.13]-036.8

Об эффективности лечения в санаториях-профилакториях больных гипертонической болезнью. А. Л. Гершберг. Городской кардиоревматологический центр (зав. Е. Ф. Игнатовская) Куйбышевского городского отдела здравоохранения

Новым и рациональным является лечение больных гипертонической болезнью в санаториях-профилакториях при промышленных предприятиях без отрыва от производства. В трех санаториях-профилакториях г. Куйбышева без отрыва от работы лечилось 182 больных гипертонической болезнью (99 мужчин и 83 женщины); I стадия заболевания была у 103, IIa стадия — у 79 больных. Основной контингент в санаториях-профилакториях составляли заводские рабочие молодого и среднего возраста. Срок пребывания в санаториях-профилакториях 24 дня. Лечение проводилось комплексно с применением бальнеоло-