

дили по формуле К. Мура с соавт. (1959). У больных при II и III степени увеличения отводящих путей ПЖ в 65% случаев преобладала легочная гипертензия. Радиус дуги ЛЖ во II к.п. у больных группы А в 77% и группы В — в 69% случаев составлял 5—7 см. Когда контур ЛЖ налегал на позвоночник более чем на 1 см, при наличии радиуса 5—7 см, увеличение ЛЖ мы считали минимым, что подтвердилось во время операции или аутопсии. У 23% больных в группе А и 31% в группе В мы обнаружили истинное увеличение ЛЖ, при котором радиус дуги ЛЖ во II косом положении был 8 см и больше. При проверке данных во время операции или аутопсии оказалось, что для 15% больных группы А и 22% группы В это предположение подтвердилось, а у остальных диагноз истинного увеличения ЛЖ оказался ошибочным.

Обобщая наши данные, мы делаем вывод, что увеличение ПЖ наиболее явно отражается на изменении отводящих путей. По радиусу дуги ЛЖ во II косом положении можно судить о состоянии ЛЖ, увеличение которого для данного порока не свойственно.

Кафедра рентгенологии и радиологии

ПОРОГИ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ МОНОПОЛЯРНОГО И БИПОЛЯРНОГО ИМПУЛЬСА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

А.Смайлис, В.Гасюнас, З.Дулявичюс

С 1969 года в Республиканской Каунасской клинической больнице и в некоторых других клиниках для дефибрилляции предсердий, наряду с обычным монополярным импульсом, применяется и биполярный. О результатах лечения мерцания и трепетания предсердий биполярным импульсом уже сообщалось. Биполярный импульс применялся и для устранения мерцания желудочков в эксперименте, однако результаты исследований разноречивы. Н.Л.Гурвич и др. (1966), В.А.Макарычев (1966) в своих опытах установили, что дефибриллирующий эффект определяется суммой амплитуд двух смежных полуволи, между тем как Б.Пелешка (1969) считает добавление второй полуволи нецелесообразным. С целью выяснения решающего фактора электрической де-

фибрилляции нами проведены опыты на 13 собаках. Животные находились под общим тиопенталовым обезболиванием. С обеих сторон побритой грудной клетки в проекции сердца накладывали электроды диаметром 10 см. Фибрилляция желудочков вызывалась с помощью электрической стимуляции через введенный по венозному руслу в правый желудочек электрод с платиновым наконечником. Пороги дефибрилляции установили, постепенно повышая напряжение заряда дефибриллятора до получения эффекта. Первый импульс наносили через 30 сек, от начала мерцания желудочков. Импульсы напряжения и тока регистрировались с помощью осциллографа Н700.

Пороги дефибрилляции устанавливали 64 раза для монополярного импульса и 73 — для биполярного, вычисляли среднее значение дефибриллирующего тока для каждого животного и для всей серии опытов. Среднее значение амплитуды первой полувольты тока порогового монополярного импульса было 7,21 ампера, а среднее значение суммы амплитуд тока обеих полувольт биполярного импульса было 10,99 ампера, т.е. на 52,3% больше монополярного. Следовательно, в дефибрилляции участвует и вторая полувольт импульса, но при равных суммах амплитуд полувольт биполярный импульс обладает меньшей эффективностью. Однако, если сравнить энергию обеих пороговых импульсов, оказывается, что энергия **среднего порогового** биполярного импульса всего на 16% превышает энергию монополярного импульса. Поэтому можно предположить, что основным дефибриллирующим фактором является энергия импульса. Разница в количестве энергии была бы меньше при учете второй полувольты монополярного импульса, которая несет до 10% энергии первой полувольты.

Научно-исследовательский институт физиологии и патологии
сердечно-сосудистой системы при КМИ