

В процессе изучения спазмолитических средств (нитранол, нитросарбид, эринит, корвалол и др.) можно отметить такие же закономерности (Е. И. Жаров, М. М. Терновская, М. Ф. Белов).

3. Проведенные в клинике исследования дают основание допускать, что в случаях, когда имеет место хроническое течение ишемической болезни сердца (не в период кризов), возможно одновременно пользоваться каким-либо основным препаратом, благотворно влияющим на важнейшие проявления болезни.

Одновременное пользование небольшим количеством только необходимых лекарств в значительной мере уменьшит число случаев с непереносимостью и с лекарственными интоксикациями. Это в известной мере будет способствовать рациональной терапии лиц, длительно болеющих коронарной болезнью.

ИЗМЕНЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ИМПУЛЬСОМ

З. И. ЯНУШКЕВИЧУС, П. А. ШНИПАС

(Каунас)

Для устранения мерцательной аритмии (МА) в клинике госпитальной терапии Каунасского медицинского института успешно трансторакально применяется электрический импульс постоянного тока. Восстановление синусового ритма проводится посредством отечественного дефибриллятора (ИД-1-ВЭИ) с напряжением конденсаторного тока в 3000—7000 вольт, продолжительность импульса—0,01 секунды.

После устранения МА состояние больных как клинически, так и по данным исследования гемодинамики улучшается. Для объективной количественной оценки влияния МА на центральную гемодинамику методом Гамильтона в модификации Вуда и Гераси, применяя индикатор Г-1824, ее исследовали у 116 больных с МА. У 102 (87,9%) МА устранена электрическим импульсом, у этих больных гемодинамику исследовали и второй раз. 50 больных страдали атеросклеротическим кардиосклерозом, 52 больных—комбинированными ревматическими пороками сердца с МА. Всех больных распределяли на четыре группы. Больных, у которых во время покоя число желудочковых сокращений было в пределах от 60 до 80, отнесли к нор-

маритмической, а тех больных, у которых число желудочковых сокращений было больше 80, отнесли к тахикармической форме МА.

Сравнивая гемодинамические показатели четырех групп больных как при МА, так и после восстановления синусового ритма, установили значительное, статистически достоверное улучшение центральной гемодинамики.

После устранения нормаритмической формы МА атеросклеротического происхождения минутный объем сердца повышался на 19,3%, а после устранения такой же формы МА ревматического происхождения—на 26,0%. Систолический объем сердца повышался соответственно: на 35,9% и на 44,6%, циркулирующий объем крови уменьшился в среднем на 20%, общее периферическое сопротивление сосудов уменьшилось на 20,3% и на 24,9%. Время кругооборота укорачивалось на 40,0% и на 37,5%.

После устранения тахикармической формы МА атеросклеротического происхождения минутный объем сердца повышался на 38,6%, а после устранения такой же формы МА ревматического происхождения — на 24,0%, систолический объем сердца повышался соответственно: на 65,6% и на 60,2%, циркулирующий объем крови уменьшился в среднем на 19,9%, общее периферическое сопротивление сосудов уменьшилось на 28,4% и на 25,4%. Время кругооборота укорачивалось на 47,3% и 43,7%.

Данные исследования гемодинамики показывают, что нормаритмическая форма МА ревматического происхождения нарушает гемодинамику больше, чем таковая МА атеросклеротического происхождения; тахикармическая форма МА атеросклеротического и ревматического происхождения нарушает гемодинамику почти в одинаковой степени.