

К ОЦЕНКЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ И ЭЛЕКТРОКИМОГРАФИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Кандидаты мед. наук А. М. Бродская и Н. П. Субботин

Кафедра терапии № 1 (зав.—проф. Л. М. Рахлин) и кафедра рентгенологии № 1 (зав.—проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Нами были изучены электрокимограммы (ЭКИ) в сопоставлении с ЭКГ у 74 больных в возрасте от 36 до 74 лет (мужчин — 56, женщин — 18), перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда (51 — передний, 23 — задний). У 37 больных ЭКГ-данные указывали на обширный передний трансмуральный инфаркт с желудочковым комплексом типа **QS** в грудных отведениях и приподнятым в ряде случаев **RS** — Т-сегментом. У 23 чел. был задний инфаркт миокарда без признаков трансмурального поражения на ЭКГ.

ЭКИ левого желудочка мы записывали в 3—4 точках от верхушки к основанию сердца в прямой и обеих косых проекциях (прямая проекция соответствует боковой, первая косая — передней, вторая косая — задней стенке левого желудочка). Регистрировали также ЭКИ дуги аорты и легочной артерии. Учитывали форму ЭКИ, амплитуду, угол подъема в диастоле и спуска в систоле, характер пульсаторных движений. Определяли латентное время (время напряжения) правого желудочка по ЭКИ легочной артерии и левого желудочка по ЭКИ аорты.

Изменения ЭКИ выявлены у всех больных. Отмечалась деформация ЭКИ желудочков, особенно выраженная в зоне инфаркта миокарда. У 56 чел. амплитуда ЭКИ в зоне инфаркта была резко снижена — составляла не более $\frac{1}{3}$ амплитуды неповрежденных участков. Иногда амплитуда снижалась настолько, что пульсация становилась едва различимой (так называемая «немая зона»). Локализация инфаркта миокарда, установленная по ЭКИ и ЭКГ, совпадала. Снижение амплитуды обычно сопровождалось уменьшением углов подъема и спуска кривой. У 25 больных зарегистрировано диастолическое плато, что указывает на значительное снижение сократительной способности миокарда. Парадоксальная пульсация, указывающая на аневризму передней стенки левого желудочка, выявлена у 16 из 37 больных, перенесших обширный передний трансмуральный инфаркт миокарда: у 3 на ЭКИ имела «немая зона» в области инфаркта, возможно, вследствие образования тромбированной аневризмы; у остальных ЭКИ-изменения указывали на наличие обширного рубцового поля. Из 23 пациентов с задним инфарктом миокарда у 3 на ЭКИ обнаружены признаки аневризмы задней стенки сердца при отсутствии ЭКГ-указаний на трансмуральное поражение.

Таким образом, ЭКИ-исследования существенно дополняют ЭКГ-данные и способствуют наиболее полной их расшифровке.

Поступила 26 ноября 1973 г.

УДК 616.13—004.6

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ГИСТО-ГЕМАТИЧЕСКИХ БАРЬЕРОВ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Проф. В. Г. Силютин

Кафедра патологической анатомии (зав.—проф. В. Г. Силютин) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

При изучении сосудов и ткани мозга 31 умершего (22 — от атеросклероза и 9 — от гипертонической болезни) с применением комплекса основных современных общегистологических, гистохимических и нейроморфологических методов исследований мы пришли к выводу, что нарушения гисто-гематических барьеров (ГГБ) стенок сосудов играют существенную роль в морфогенезе атеросклероза церебральных артерий, а на уровне микроциркуляторного русла мозга — и в обеспечении метаболических взаимоотношений сосудистого русла и ткани мозга.

Мы предлагаем выделять ряд типов поражений ГГБ крупных и мелких сосудов мозга. ГГБ церебральных артерий и вен в условиях атеросклероза различной степени выраженности (при изучении измененных и видимо не измененных участков сосудов) могут «блокироваться» в отдельных случаях фибриновыми пленками, откладывающимися на интиме (рис. 1). В других случаях мы видим признаки их «декомпенсации»