

придатков матки титры аутоантител к ткани матки и придатков также ниже, чем при обострении воспалительного процесса. Особенно высокие титры антител констатированы к ткани почек при гнойных опухолях придатков.

Большой практический интерес представляет сравнение титра антител с морфологическими изменениями в придатках матки. Из 70 обследованных больных у 12 оперативным путем удалены опухолевидные образования. Как правило, при высоком титре специфических аутоантител к ткани половых органов и почек гистологическое исследование обнаруживало выраженные явления сальпингита, перифоорита. Нередко имелись рыхлые, лишенные сосудов спайки, а при длительном течении — плотные, богато васкуляризированные. Сосуды мозгового и коркового слоя были, как правило, склеротически изменены. В атрезирующих фолликулах и в желтых телах встречались кровоизлияния. В кистозно-атрезирующихся фолликулах наиболее часто наблюдались подэпителиальные гематомы, расположенные между слоев гранулезных клеток и внутренней оболочкой. Иногда зародышевый эпителий имел наклонность к врастанию в толщу коркового слоя яичника.

Изменения в трубах характеризовались срастанием складок слизистой оболочки, разрастанием соединительной ткани в слизистой оболочке, стенке труб и кровеносных сосудов, инфильтрацией всех слоев труб лимфоидными и плазматическими клетками. У некоторых больных имелось сочетание лимфоидных элементов с примесью плазматических клеток и лейкоцитов. Следует подчеркнуть, что более высокие титры аутоантител обнаружены у больных, у которых гистологическое исследование удаленных препаратов выявляло выраженную инфильтрацию трубы лимфоидными клетками, лейкоцитами. При гистохимическом исследовании отмечались нерезко выраженное снижение уровня РНК в трубном эпителии, неравномерное распределение гликогена в клетках мерцательного эпителия, уменьшение его количества в мышечной части стенок труб. При гнойных опухолях регистрировалось повышение содержания РНК в эпителиальных клетках и снижение концентрации гликогена в эпителии.

УДК 616.127—005.8:616,12—009,72

Н. М. Сергеева (Ижевск). Изменение активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови больных инфарктом миокарда и стенокардией

Нами проведен анализ динамики активности ЩФ в сыворотке крови у 33 больных крупноочаговым инфарктом миокарда (возраст — от 39 до 76 лет) и у 21 со стенокардией (возраст — от 36 до 70 лет) в комплексе с рядом других специальных методов (ЭКГ-исследование, определение активности аспарат-аминотрансферазы и аланин-аминотрансферазы, уровня сиаловых кислот по дифениламиновой пробе, фибриногена и наличия С-реактивного протеина). ЩФ определяли по методу А. Боданского, в качестве субстрата использовали β -глицерофосфат натрия. У больных инфарктом миокарда активность ЩФ исследовали в первые двое суток от начала заболевания, а в последующем — в динамике на 5—7, 12—14, 21—23-й дни от начала появления клинических признаков болезни, у больных стенокардией — в первые двое суток и на 10-й день после болевого синдрома. К 5—7-му дню от начала заболевания и особенно к концу 2-й недели отмечено достоверное повышение (у ряда больных — в 2 раза и более) активности ЩФ в сыворотке крови больных крупноочаговым инфарктом миокарда (см. табл.). Нормализация ЩФ происходила к 21—23-му дню болезни. У больных стенокардией активность ЩФ в сыворотке крови не повышалась. Наиболее высо-

Динамика активности ЩФ в сыворотке крови больных инфарктом миокарда и стенокардией

Контингент обследуемых	Число наблюдений	ЩФ (в ед. Боданского), $M \pm m$	p
Здоровые	15	$2,42 \pm 0,21$	
Больные:			
а) инфарктом миокарда			
1—2-й день	31	$2,36 \pm 0,2$	$> 0,1$
5—7-й день	30	$2,5 \pm 0,2$	$< 0,01$
11—14-й день	33	$3,29 \pm 0,48$	$< 0,05$
21—23-й день	22	$2,03 \pm 0,2$	$> 0,1$
б) стенокардией			
1—2-й день	21	$2,08 \pm 0,18$	$> 0,1$
10-й день	21	$2,1 \pm 0,05$	$> 0,1$

кая активность ЩФ наблюдалась к концу 2-й недели у 7 из 33 больных при тяжелом течении инфаркта миокарда, у этих же больных не выявлено тенденции к снижению активности аспарат-аминотрансферазы при одновременно высоких показателях аланин-

аминотрансферазы. Активность ЩФ оставалась на высоком уровне и к концу 3-й недели.

Таким образом, активность ЩФ в сыворотке крови больных инфарктом миокарда может служить дополнительным диагностическим тестом, особенно при поздней госпитализации больных. Высокий показатель фосфатазной активности в сыворотке крови больных инфарктом миокарда отражает тяжесть течения заболевания. Определение активности ЩФ в сыворотке крови может быть использовано для дифференциальной диагностики стенокардии и инфаркта миокарда.

УДК 616.127—005.8:612.171.1

Г. Г. Савельева, В. П. Лебедева (Куйбышев-обл.). Дистанционная векторкардиография при остром инфаркте миокарда

Для диагностики острого периода инфаркта миокарда мы применяли дистанционную векторкардиографию (ДВКГ), предложенную Н. М. Кагиевым и И. К. Киреевым (1971). В клинике обследовано 52 больных в возрасте от 28 до 78 лет в первые 5 суток заболевания.

Наиболее выраженные изменения ДВКГ отмечались у больных с распространенным передним инфарктом миокарда: значительное уменьшение площади петли QRS ($1,2 \pm 0,11 \text{ см}^2$ в BA_5 и $2,8 \pm 0,54 \text{ см}^2$ в BA_3), что позволило косвенно судить о снижении сократительной способности миокарда и величине некроза; увеличение угла расхождения между максимальными векторами петель QRS и T (в отдельных случаях до 180°). Давая качественную оценку ДВКГ у этих больных, следует обратить внимание на образование единой петли $QRST$, незамыкание петель QRS и T как типичный «коронарный» признак (В. С. Гасилин, М. Б. Тартаковский). Кроме того, во всех случаях мы наблюдали нарушение ориентации петель в пространстве. Петля QRS смещалась в пространстве в сторону преобладающих векторов непораженных участков миокарда, т. е. вверх, кзади; регистрировалось нарушение фазового соотношения ее, что выражалось в изменении хода траассы луча, особенно в проекциях BA_1 , BA_2 , BA_4 .

При инфаркте миокарда в задней стенке левого желудочка петля QRS смещалась вперед и вправо. Обращало на себя внимание отклонение петли QRS резко вправо у 2 больных при задне-диафрагмальном инфаркте миокарда, что соответствовало реципрокным признакам на ЭКГ. В меньшей степени наблюдалось уменьшение площади петли QRS ($1,3 \pm 0,2$ в BA_5 и $4,0 \pm 0,4$ в BA_3). По-видимому, это объясняется труднодоступностью задней стенки левого желудочка для исследования и меньшей величиной некроза миокарда. Угол α оставался в пределах нормы или в редких случаях в BA_5 , BA_4 увеличивался до 121° . Замечено, что незамыкание петли QRS — непостоянный признак. Типичным является смещение начального полюса QRS BA_5 кпереди и нарушения хода траассы луча.

Таким образом, дистанционная векторкардиография помогает в острый период инфаркта миокарда уточнить степень поражения, подтвердить локализацию и величину некроза, косвенно характеризовать функциональное состояние миокарда на основе изучения площади и фазового соотношения петель QRS и T .

УДК 616.12—008.311

Проф. А. П. Голиков, кандидаты мед. наук Е. З. Устинова, Н. В. Федорова (Москва). Об изменениях содержания электролитов в крови при пароксизмальной тахикардии

Нами были обследованы 50 больных, страдающих частыми приступами пароксизмальной тахикардии в течение длительного времени — от 2 до 10 лет. У 29 чел. была суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия, у 2 — желудочковая пароксизмальная тахикардия, у 18 — пароксизмальная форма мерцательной аритмии и у 1 — пароксизмальная форма трепетания предсердия. Содержание K и Na мы определяли методом пламенной фотометрии в плазме и эритроцитах крови, взятой в начале приступа пароксизмальной тахикардии до введения лекарственных средств и во внеприступном периоде, через 5—7 дней после приступа, натошак. Для купирования приступов пароксизмальной тахикардии применяли новокаиномид, индерал, гилуритмал. Больных мы разделили на 2 группы. В 1-ю включили 32 чел. в возрасте от 16 до 54 лет без органических изменений сердца, во 2-ю — 18 чел. в возрасте от 56 до 70 лет с выраженными органическими изменениями сердца — атеросклерозом коронарных артерий и атеросклеротическим кардиосклерозом.

Нарушения электролитного баланса во время приступа выявлены у всех больных 1-й гр. Градиент K ($K_{\text{эр}}/K_{\text{пл}}$) снижался статистически достоверно ($P < 0,05$) в среднем до $17,3 \pm 0,55$ при норме 21,9. Падение уровня K в эритроцитах сопровождалось повышением содержания K в плазме. Коэффициент $Na_{\text{пл}}/K_{\text{пл}}$ статистически достоверно ($P < 0,05$) уменьшался в среднем до $16,5 \pm 0,68$ при норме 18,9. Коэффициент $K_{\text{эр}}/Na_{\text{эр}}$ существенно не изменялся. Лишь у 2 больных констатированы обратные соотношения. Во внеприступном периоде значительных отклонений в содержании электролитов крови не было установлено. Только при определении градиента K обнаруживалось умеренное повышение количества K в эритроцитах вследствие снижения его уровня в плазме. Градиент K был увеличен в среднем до $22,8 \pm 0,96$ при норме 21,9 ($P < 0,05$).