

сосудистой системы плаценты к повышенным требованиям. В этом наши данные совпадают с результатами исследований Т. Ф. Атоян (1963).

Клинический диагноз переносимости беременности подтвердился на основании макроскопического исследования плаценты и внешнего осмотра ребенка — в 15, не подтвердился — в 7, поставлен под сомнение — в 7 случаях. На основании гистологического изучения плаценты диагноз получил подтверждение в 21, не подтвердился в 3, подвергнут сомнению в 5 случаях. В 16 случаях макроскопические и микроскопические данные совпали. Следует отметить, что обызвествление плаценты было обнаружено почти во всех случаях доношенной беременности, что говорит об относительности его значения при перенашивании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атоян Т. Ф. Измен. в последе при переносимости беременности. Автореф. канд. дисс. Краснодар, 1962. — 2. Егоров О. С. Педиатрия, акушерство и гинекология. 1962, 2. — 3. Ставская Е. Я. Перенашивание беременности. Медгиз, Москва, 1949. — 4. Salkins L. A. Am. J. Obst. gyn. 1948, 56, 1, 167—173. — 5. Clayton L. G. Цит. по Rathban L. S. Am. J. obst. gyn. 1943, 46, 2, 278—282. — 6. Scipiadés. Цит. по Colonia S. (1951). — 7. Kolonia S., Schreiner W. Wien klin Wschr. 1951, 63, 18, 321—24. — 8. Darst B. Radovi med Fak. Zagr. 1963, 11, 2, 119—129. — 9. Essbach H. Paed. Pathologie. 1961, 186—87. Leipzig. — 10. Venzell-Cruellsj. Arch. Gynäk. 1963, 198, 71—72.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.12 — 073.97

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЕНТРАЛЬНЫХ ОТВЕДЕНИЙ ЭКГ

У. И. Медведев

Первая терапевтическая клиника (зав. — проф. Л. М. Рахлин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Для уточнения локализации патологических изменений в диафрагмальных отделах сердца, кроме общепринятых (стандартных, усиленных от конечностей, однополюсных грудных отведений), предложены «вентральные отведения» ($V_e - V_{e0} - V_0$) с наложением активного электрода на передней брюшной стенке (V_e — под мечевидным отростком, V_{e0} — на половине расстояния между мечевидным отростком и пупком, V_0 — над пупком). Активный электрод вентральных отведений более приближен к диафрагмальным отделам сердца, чем таковой однополюсных отведений. Линии вентральных отведений не совпадают с линиями отведений однополюсных грудных отведений.

Нами изучены вентральные отведения у 110 больных инфарктом миокарда разной тяжести и на разных сроках течения. Кроме того, у 50 человек вентральные отведения зарегистрированы при подозрении на инфаркт миокарда, который в дальнейшем не был подтвержден.

У этих больных при обычной позиции сердца желудочковый комплекс в вентральных отведениях оказался следующих типов: V_e — типа rS, V_{e0} — типа R=S или R слегка больше или меньше S, V_0 — типа RS. К активному электроду V_e — отведения ближе расположен правый желудочек, и, возможно, поэтому желудочковый комплекс V_e отведения имеет тип rS. По мере удаления активного электрода от сердца ($V_{e0} - V_0$) больше сказываются потенциалы левого желудочка. Соответственно меняется и тип желудочкового комплекса. На конфигурацию ЭКГ в вентральных отведениях оказывает влияние и позиция сердца в грудной клетке.

В вентральных отведениях $V_e - e_0 - 0$ желудочковый комплекс типа RS встречается при выраженном повороте сердца вдоль продольной оси против часовой стрелки, особенно при вертикальной позиции сердца. Желудочковый комплекс типа rS встречается при выраженном повороте сердца вдоль продольной оси по часовой стрелке, особенно при горизонтальной позиции сердца. Таким образом, вентральные отведения помогают уточнить топографию отделов сердца, расположенных над диафрагмой, точнее определить локализацию инфаркта миокарда и распространение его на диафрагмальные отделы.

Зубец «Т» в вентральных отведениях может быть отрицательным при горизонтальной позиции сердца и наличии гипертрофии левого желудочка.

Из 84 больных инфарктом миокарда у 28 ЭКГ показала передний инфаркт с характерными изменениями в I, II, aVZ, $V_1 - 6$ отведениях, у 21 из них отмечены изменения и в вентральных отведениях. Задний инфаркт миокарда (с ЭКГ изменениями во II, III, III на вдохе, aVF отведениях) найден у 31 больного, в том числе у 28

были изменения и в вентральных отведениях. У 3 больных был задне-боковой инфаркт миокарда с распространением на диафрагмальные отделы (ЭКГ изменения во II, III, III на входе, aVF, aVZ, $V_{5-6-e-e_0-o}$ отведениях).

У 9 больных обнаружены передне-задние инфаркты с распространением на диафрагмальные отделы (ЭКГ изменения в I, II, III, III на входе, aVZ, aVF, $V_{1-6-e-e_0-o}$ отведениях).

У двух больных найден передний инфаркт с распространением на верхушку сердца. Изменений в вентральных отведениях не было.

У 3 больных обнаружены передне-перегородочные инфаркты миокарда (ЭКГ изменения в I, V_{1-4} отведениях), причем у них имелись изменения и в вентральных отведениях.

Из 8 больных с множественным мелкоочаговым инфарктом миокарда патологические изменения в вентральных отведениях имелись у 6.

Из 9 больных с подтвержденным на секции обширным передним инфарктом миокарда у 6 типичные изменения ЭКГ зарегистрированы не только в I, II, aVZ, V_{1-6} отведениях, но и в вентральных V_{e-e_0-o} .

У 4 больных с инфарктом задней стенки при вентральных отведениях также были изменения.

Передне-задняя локализация инфаркта была отражена на ЭКГ лишь у 7 из 10. У 3 остальных больных предполагался инфаркт миокарда лишь на передней стенке и в диафрагмальных отделах (изменения в I, II, V_{1-6} , V_{e-e_0-o} отведениях).

Инфаркт межжелудочковой перегородки на секции обнаружен у троих. У одного из них предполагалась передне-диафрагмальная локализация (изменения в I, V_{1-6} , V_{e-e_0-o} отведениях); у другого — передне-задняя диафрагмальная локализация (с изменениями в I, II, III на входе, aVZ, aVF, $V_{1-6-e-e_0-o}$ отведениях; у третьего — задний инфаркт (с изменениями во II, III на входе, aVF отведениях) без изменений в вентральных отведениях).

Изменения в вентральных отведениях ЭКГ без изменений в других не наблюдались.

Мы считаем вентральные отведения ЭКГ сугубо дополнительными к общепринятым. Они могут помочь в выявлении распространения инфаркта миокарда на диафрагмальные отделы сердца. Однако отсутствие изменений в вентральных отведениях при множественной локализации не позволяет отрицать распространение инфаркта на эти отделы.

УДК 616.127 — 005.8

О ПОСТИНФАРКТНОМ СИНДРОМЕ

В. И. Видеева

(Отрадный)

Научный руководитель — проф. С. В. Шестаков (Куйбышев-обл.)

Последнее время продолжает привлекать внимание клиницистов своеобразное течение острого инфаркта миокарда, характеризующееся цикличностью течения, субфебрильной температурой, возникновением болей в грудной клетке, суставах, развитием плевроперикардита, пневмоний с ускоренной РОЭ, лейкоцитозом, эозинофилией. Это осложнение впервые описано в 1955 г. Дресслером, который всю сумму симптомов, связанных патогенетически, назвал постинфарктным синдромом.

Некоторые авторы считают, что постинфарктный синдром развивается преимущественно у больных с обширным инфарктом миокарда (А. М. Дамир и С. Х. Сидорович), другие (Дресслер, Е. К. Комарова) предполагают, что он возможен и у лиц с минимальными очаговыми изменениями. Е. К. Комарова и анемии и поражение суставов у перенесших инфаркт миокарда рассматривает как атипичную форму постинфарктного синдрома.

Мы наблюдали 4 больных с постинфарктным синдромом. Один больной был в возрасте 40, трое — старше 50 лет.

Первичный инфаркт миокарда диагностирован у 2 больных, причем у одного он был обширный, локализованный в передней стенке левого желудочка с вовлечением межжелудочковой перегородки; у другого был инфаркт задней стенки левого желудочка.

У 2 больных инфаркт миокарда был повторный; протекал по типу астматического варианта с мерцательной тахикардией. Эти больные умерли.

1. К., 55 лет, перенес в январе 1961 г. инфаркт миокарда в области верхушки, передне-боковой стенки левого желудочка.

5/IV 1962 г. госпитализирован на 10-й день после повторного приступа сердечной астмы. При поступлении состояние больного тяжелое, стонет от болей, лицо гиперемировано, в легких перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание 26 везикулярное