

только изменения конечной части желудочкового комплекса—сегмента RS-t и зубца Т. По нашим данным, наиболее существенные и часто встречающиеся явления коронарной недостаточности проявились в смещении сегмента RS-t ниже изолинии ($51 \pm 7\%$), изменения зубца Т—уплощенным ($42 \pm 7\%$), отрицательным ($19 \pm 5\%$), положительным коронарным ($19 \pm 5\%$). Аналогичные изменения выявлены при интерпретации ЭКГ-показателей «высоких» и «низких» грудных отведений (в 100%).

При сравнении с отведениями по Нэбу было выявлено следующее: в отведении А на 2 мм выше в 4 случаях зубец Т положительный коронарный, чем в V_4 ; в отведении J на 3 мм глубже был отрицательный зубец Т в 2 случаях, чем в V_4 ; в отведении D на 2 мм глубже зубец Т, чем в V_4 .

В остальных 50 ($87 \pm 5\%$) изменения идентичны электрокардиограмме в 13 обычных отведениях. На основании вышеизложенного можно сделать следующее заключение: топографические отведения—«высокие» и «низкие» грудные отведения могут быть полезны в диагностике хронической коронарной недостаточности. Отведение А (по Нэбу) с большей чувствительностью ($13 \pm 5\%$) выявляет нарушение процессов реполяризации в передней стенке левого желудочка и может явиться дополнительным показателем в оценке коронарного кровообращения.

Украинский институт усовершенствования врачей

Поступило 24/XI 1976 г.

Վ. Վ. ԲՈՆԴԱՐ

ԱՐՏԱԾԾԱՆ ՏԵԼԱԳՐԱԿԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ԲՆՈՒԹԱԳՐՈՒՄԸ
ՊՍԱԿԱՅԻՆ ԱԹԵՐՈՍԿԼԵՐՈԶԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հետ ներքի մեծ զգայնությունը արտածումները առաջացնում են ռեպոլարիզացիայի պրոցեսների խանգարումներ և կարող են լրացուցիչ չափանիշ հանդիսանալ պսակաձև արյան շրջանառությունը գնահատելու:

V. V. BONDAR

CHARACTERISTIC OF TOPOGRAPHIC LEADS' INDICES
IN CORONARY ATHEROSCLEROSIS

S u m m a r y

The leads by Nabb with more sensibility have revealed the disturbances of repolarization processes and can be the additional criterion in assessment of coronary circulation.

УДК 616.12.009.72:073.75

М. М. КОНЮХОВА

ПРОБА ВАЛЬСАЛВЫ В РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ
АНЕВРИЗМ СЕРДЦА

По данным разных авторов, аневризма сердца развивается у 20—88% больных, перенесших инфаркт миокарда. При обычном рентгенологическом исследовании при жизни она распознается всего лишь в 9—39% случаев. Поэтому изыскание новых методов своевременной рентгенодиагностики этого осложнения является актуальным.

Проба Вальсальвы оказалась эффективной в дифференциальной диагностике врожденных пороков сердца, а именно: в выявлении легочной гипертензии и увеличении левого предсердия при митральном стенозе. Целью данной работы явилась оценка пробы Вальсальвы в рентгенодиагностике аневризм сердца.

Физиологами подробно изучен механизм пробы и изменение артериального давления при ней у здоровых лиц и у больных с сердечной недостаточностью. Проба Вальсальвы имеет несколько фаз. В практической рентгенодиагностике наибольшее значение имеет постпрессорная фаза. Инфарцированные участки миокарда вследствие потери сократительной способности не уменьшаются в размерах в период систолы. В связи с этим внутрижелудочковое давление на этот участок оказывает большее воздействие, чем на другие, равные ему по площади, которые при систоле уменьшаются. Эти гемодинамические факторы оказывают влияние на самых ранних этапах формирования аневризм. Они способствуют образованию деформации в области аневризмы, усиливают растяжение этой зоны и вызывают повышение внутрижелудочкового давления. Учитывая указанные гемодинамические факторы развития аневризм, проба Вальсальвы полезна в раннем их выявлении. Деформация контура сердца выявляется на рентгенограммах, произведенных в момент экспираторного напряжения. Но наиболее отчетливо она регистрируется через 8—10 сек. после снятия экспираторного напряжения, т. е. когда уменьшенный до того приток крови к сердцу усиливается и увеличивается наполнение и давление в полости левого желудочка, ведущие к выпячиванию измененной зоны миокарда. При кинемаграфическом исследовании с применением пробы Вальсальвы в области аневризмы выявляются деформация контура и парадоксальная пульсация. В отличие от перикардиальных сращений при аневризме они имеют место. При акинезии выпячивание контура сердца происходит только в систоле, при аневризме—в систоле и диастоле.

В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Больной А., 63 лет, и. б. № 1125, поступил в отделение сердечно-сосудистой патологии ЦНИРРИ МЗ СССР 15.II.73 г. Жалобы на боли в области сердца тянущего характера, отдающие в левое подреберье. Подобными болями страдает в течение 4 лет. 2 года назад перенес инфаркт миокарда. В последнее время интенсивность болей усилилась, появилась одышка при ходьбе. Объективно: состояние удовлетворительное, пульс—72 уд. в мин., ритмичный, артериальное давление—140/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, чистые. Дыхание везикулярное. Печень не увеличена. ЭКГ (16.II.73 г.)—ритм синусовый, рубцовые изменения на задней и боковой стенках левого желудочка. Клинический диагноз: ишемическая болезнь сердца.

При рентгенологическом исследовании выявлено расширение верхнедолевых вен в положении лежа. Сердце обычной формы с ровными контурами, отдельные камеры его не увеличены. Относительный объем сердца в пределах нормы. На рентгенограмме с пробой Вальсальвы в области боковой поверхности левого желудочка выявляется выпячивание. Поверхность сердца уменьшилась на 6%. При кинемаграфическом исследовании и при изучении сокращений с помощью видеоманитной записи выявлена патологическая пульсация в области указанного выпячивания, наиболее отчетливая в постпрессорную фазу пробы Вальсальвы. Заключение: аневризма сердца. Признаки сократительной недостаточности левого желудочка.

Из 100 больных, перенесших инфаркт миокарда, у 30 диагностирована аневризма, из них у 11 диагноз аневризмы левого желудочка установлен при исследовании с пробой Вальсальвы.

Проба Вальсальвы представляет собой простую процедуру. Применение ее возможно в любом рентгеновском кабинете. Рентгенографию с пробой Вальсальвы больным, в анамнезе у которых зарегистрирован инфаркт миокарда, следует рассматривать как неотъемлемую часть обычного исследования органов грудной полости.

Центральный рентгено-радиологический институт

МЗ СССР, г. Ленинград

Поступило 19/X 1976 г.

Մ. Մ. ԿՈՆՅՈՒԽՈՎԱ

ՎԱԼՍԱԼՎԻ ՓՈՐՁԸ ՍՐՏԻ ԱՆԵՎՐԻԶՄԱՅԻ
ՌԵՆՏԳԵՆՈԴԻԱԳՆՈՍՏԻԿԱՅԻՄ

Ա. մ. փ. ո. փ. ո. մ.

Վալսալվի փորձերի արդյունքները համադրված են, մի դեպքում՝ ձախ փորոքի կծկողա-
կանության անբավարարության այլ ցուցանիշների, մյուս դեպքում՝ հիվանդների մի մասի
մոտ կորոնարոգրաֆիայի տվյալների հետ:

M. M. KONYUKHOVA

VALSALVA TEST IN ROENTGENODIAGNOSTIC OF THE
CARDIAC ANEURYSM

S u m m a r y

The results of Valsalva test with other signs of the left ventricular contractile failure and in part of patients with coronarographic data are compared.

УДК 611—08:542

В. А. ПАСТУХОВ

ПРИЖИЗНЕННАЯ ГИСТОМЕТРИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ
СОСУДОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НЕЙРО-ГУМОРАЛЬНЫХ
ВОЗДЕЙСТВИЯХ

Физиологические методы позволяют изучать лишь суммарные реакции периферических сосудов (артерий, капилляров, вен) на основании косвенных показателей (давление крови, объем или электрический импеданс органов и др.). Метод прижизненной микроскопии дает возможность проводить непосредственное исследование и измерение разных параметров периферических сосудов (диаметр, длина, толщина стенки и др.). В настоящее время он используется для изучения сосудистых реакций как на прозрачных, так и непрозрачных тканях. В последнем случае выкраивается лоскут, который можно «пробить» светом.

Задача настоящего исследования состояла в том, чтобы методом прижизненной гистометрии дать количественную оценку реакций основных компонентов сосудистой периферии на различные нейро-гуморальные воздействия. Установка и общая методика опытов описаны в предыдущих работах. В нескольких сериях экспериментов изучали периферические сосуды мочевого пузыря 220 травяных лягушек. Окулярным винтовым микрометром МОВ-1-15 X измеряли наружный и внутренний диаметры сосудов (НД и ВД). Фиксировали среднюю величину из 3—5 измерений. Исследуемый объект и установка позволяли производить наблюдение, измерение, фотографирование или киносъемку большого участка сосудистой периферии (артерии диаметром до 250—300 мкм, мелкие артерии, артериолы, капилляры, вены, мелкие вены и вены калибра до 150—200 мкм). Использовали объективы $\times 3,8$ и 20, окуляры 16, проектив фотонасадки 12,5. Для каждого объектива вычисляли линейное увеличение. В разных сериях опытов применялись электрическая стимуляция пузырного нерва, окклюзия пузырной артерии, аппликация или в/венное введение растворов ацетилхоли-