

цей в возрасте. У больных старше 45 лет количество липидно-положительных пластинок значительно выше, чем у больных более молодой возрастной группы. Процентное содержание РНК-положительных пластинок в обеих возрастных группах практически одинаково. Из сказанного следует, что ИБС и возраст оказывают влияние на содержание липидо-положительных пластинок в периферической крови, а повышение содержания гликогено-положительных пластинок меньше зависит от возраста.

Таким образом, наблюдения над кровяными пластинками в периферической крови позволили выявить некоторые изменения в их метаболизме и субмикроскопической организации у больных ИБС.

Интерпретация полученных данных поможет в оценке функционального состояния тромбоцитов, что играет немаловажную роль в клинической диагностике различных форм ИБС.

НИИ клинической и экспериментальной кардиологии
МЗ ГССР

Поступила 10/X 1981 г.

Լ. Դ. ՉԵՅՇՎԻԼԻ, Գ. Տ. ՄԱՄԱԼԱԶԵ, Ա. Ի. ԳՈՆԳԵՇԱՇՎԻԼԻ, Գ. Պ. ԳՎԱԼԱԶԵ

**ԹՐՈՄԲՈՑԻՏՆԵՐԻ ԱՆԿՐԱԿԱՌՈՒՅՎԱԾՔԱՅԻՆ ԵՎ ՀԻՍՏՈՔԻՄԻԱԿԱՆ
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՍՐՏԻ ԻՇԵՄԻԿ ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ
Ա մ փ ո փ ո լ մ**

Հեղինակների կողմից էլեկտրոնային մանրադիտակով ուսումնասիրվել են անդրկառուցվածքային փոփոխությունները և հիստոքիմիական մեթոդով՝ նյութափոխանակությունը սրտի իշեմիկ հիվանդության ժամանակ: Ստացված արդյունքները թույլ տվեցին հայտնաբերել մի շարք փոփոխություններ նշված թիթեղիկների նյութափոխանակության և անդրկառուցվածքային կազմությունների մեջ:

L. D. Cheyshvili, G. T. Mamaladze, A. I. Gongeshashvili, G. P. Gvaladze

**Ultrastructural and Histochemical Changes of Thrombocytes
in Ischemic Heart Disease**

S u m m a r y

The authors have studied by electron microscope the ultrastructural changes and histochemically—the metabolism of thrombocytes in case of ischemic heart disease. The data obtained have allowed to reveal several significant changes in metabolism and submicroscopic organization of the plates.

РЕФЕРАТЫ

УДК 616.12—053.1—073.97:616.12—007—053.1—073.97

А. А. ГАЛСТЯН, Ф. Г. КАЗАРЯН

**РАЗДЕЛЬНАЯ КАРДИОГРАФИЯ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ
ПРИБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА**

Нами обследовано 205 детей, из них 101—в возрасте от 5 до 15 лет, с ревматическими пороками сердца в активной фазе заболевания, и 104—здоровые дети.

В I группу вошли 65 детей с недостаточностью митрального клапана, во II—10 больных с сочетанной митральной и аортальной недостаточностью, в III—21 ребенок с комбинированным митральным пороком, IV группу составили 5 детей с сочетанным комбинированным митральным пороком и недостаточностью аортального клапана. Первая степень активности ревматического процесса была установлена у 22 больных, вторая, третья степень активности—у 79 больных. Здоровые дети по возрасту были подразделены на четыре группы, а по частоте ритма—на пять групп с разницей в каждой группе на 10 сердечных сокращений. Регистрация правожелудочковой и левожелудочковой кардиограммы проводилась с помощью 6-канального электрокардиографа 6НЭК-3, 6НЭК-4 при скорости движения ленты 100 мм/сек.

При недостаточности митрального клапана определяется увеличение амплитуды и продолжительности левопредсердной волны «а», что отражает повышенное кровенаполнение левого желудочка и усиленное сокращение гипертрофированного левого предсердия, процентное соотношение амплитуды левопредсердной волны «а» к амплитуде систолической волны в-с выявляет увеличение ее до 1/4 части и более (25—29%).

Продолжительность правожелудочковой волны «а» также удлинена, однако амплитуда ее измеряется в пределах нормы. В систолической части АКГ отмечается достоверное увеличение периода напряжения и периода изгнания. На правожелудочковой кардиограмме фазы асинхронного, изометрического сокращений определяются на верхних границах нормы, более продолжительны электромеханический интервал, предизотоническая фаза и предизотоническое сокращение. На кардиограммах обоих желудочков при недостаточности митрального клапана и в диастолической части сердечного цикла отмечается удлинение всех фаз, которое выражено сильнее на левожелудочковой кардиограмме, в частности со стороны протодиастолы, изометрического расслабления и быстрого наполнения, одновременно волна последнего нарастает.

Как на левожелудочковой, так и на правожелудочковой кардиограммах при сочетанных митрально-аортальных пороках максимально выражена предсердная волна «а», ее отношение к пресистолической волне в-с превышает 1/3 часть этой волны. При сочетанной недостаточности митрального и аортального клапанов длительность предсердной волны «а» почти удваивается по сравнению с нормой на кардиограммах обоих желудочков, а при сочетании комбинированного митрального порока с аортальной недостаточностью волна «а» длительнее, чем при митральных пороках, но не достигает такой амплитуды и продолжительности, как при сочетанной митрально аортальной недостаточности.

В заключение можно сказать, что на продолжительность и изменение показателей раздельной кардиограммы в целом решающее влияние оказывает как степень нарушения сократительной способности миокарда, так и характер поражения устьев и клапанного аппарата сердца.

Полный текст статьи депонирован во ВНИИМИ

Страниц 9. Библиография: 15 названий.

Ереванский институт усовершенствования врачей

Поступила 5/1 1981 г.