

Ա. Ա. ՄԻՐՈՆՈՎ, Ե. Ա. ՄԻՐՈՆՈՎ

ՍՊԵՏԱԿ ԱՌՆԵՏՆԵՐԻ ԹՈՔԵՐԻ ՇՆՋԱԿԱՆ ԶՈՆԱՅԻ ՄԻԿՐՈԱՆՈՒՅՆԵՐԻ
ԿՈՌՈԶԻՈՆ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ՍԿԱՆԱՑՆՈՂ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ
ՄԻԿՐՈՍԿՈՊԻԱՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Թոքերի միկրոհեմոցիրկուլատոր հունի զարկերակիկների և երակիկների սեզմնանների տոպոգրաֆիկ առանձնահատկությունները կարելի է ընդունել որպես հուսալի չափանիշ միկրոանոթային հունի տարբեր բաժինների համար:

A. A. Mironov, V. A. Mironov

Scanning Electron Microscopy of Corrosive Preparations of
Microvessels of Albinorats' Lungs' Respiratory zone

S u m m a r y

The peculiarities of the tonography of arteriolar and venular segments of the microhemocirculatory bed of the lungs parallel with the established arteriolo-venular gradients of the form and orientation of the imprints of endomyocytes' nucleus containing zones can be taken as reliable criterion of different sections of the microvascular bed.

УДК 616.145.6:149.008.341.1

Н. И. КУЛИШ

АЗИГОАРХИТЕКТОНИКА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ангиографические исследования проведены на 97 животных—беспородных собаках. В 85 случаях была экспериментально создана модель допеченочного блока различной высоты и локализации стенозов. Просвет суживали от 1/3 до полного закрытия. В 52 случаях ангиографию выполняли операционно через брыжеечную или кишечную вены. Установлено, что при наличии любой связи воротной вены с непарной они контрастируются при мезентерикопортографии. Семиотическое значение имеют рентгенологические данные не только ствола азигоса, а и выявленные корни и многочисленные истоки.

В интерпретации выявленных коллатералей имеет место информационный шум. Многие вены описываются под разными наименованиями, и, в противоположность этому, одним наименованием коллатерального пути именуют разные вены. Нами проведена унификация понятий и их наименований, которые и использованы в рентгенологической семиотике.

В результате исследования установлены следующие закономерности. Наполнение непарной вены происходит преимущественно из восходящей поясничной вены в тех случаях, когда контраст из верхней брыжеечной вены уходит в брыжеечно-затрубинный портокавальный

путь, из него в вены позвоночника, из последних—в вены азиягос и гемиязиягос. Венечная вена желудка может непосредственно переходить в непарную вену. Диаметр непарной вены прямо пропорционален ее роли в окольном кровотоке. Просвет вены ступенчато увеличивается по мере впадения в нее вен кардиальных отделов пищевода и желудка, субадвентициальных вен пищевода, межпозвоночных вен, отходящих от передних внутрипозвоночных.

Мы наблюдали наполнение непарной вены как только через один из активно функционирующих истоков, так и множественную ее связь с коллатеральными от нижней диафрагмальной вены до перешейка дуги. Однако является закономерным превалирование одного из истоков, несущего главенствующую роль в коллатеральном кровотоке.

Например, при значительном функционировании желудочно-пищеводного портокавального пути почти отсутствовал брыжеечно-прямокишечный, при хорошем развитии дорсального портокавального пути почти отсутствовал желудочно-пищеводный путь. В тех случаях, когда основным истоком непарной вены была левая желудочная вена, обеспечивающая отток от кардии, отсутствовали коллатеральные вены пищевода. Эти данные следует учитывать при выборе операции по разобщению портокавальных путей при желудочно-пищеводных кровотечениях.

Имеет место четкая семиотическая значимость порционного расширения ствола непарной вены. При превалировании наполнения ее контраром из левой желудочной вены расширение наблюдалось на уровне 12 позвонка. При впадении вен пищевода имело место расширение средних отделов. По участку ступенчатого увеличения диаметра непарной вены без ретроградного тока контраста в коллатерали удается установить превалирование шунтирующих вен пищевода: нижних, средних или верхних отделов. Четкая ступенчатость в каждом межпозвоночном отделе наблюдалась при наличии преимущественного функционирования внутрипозвоночных коллатералей.

Если соотношение диаметров непарной вены по отношению к нижней полую вену в норме составляет 1:8, то при полном отключении воротной вены от печени и переключении портального кровотока по системе непарной вены соотношение диаметров доходило до 3:4. Это говорит о том, что непарная вена может нести функцию центрального сосуда по сбросу портальной крови в верхнюю полую вену. Диаметр последней пропорционально уменьшается.

Из вышеизложенного следует заключить, что флебографически выявляемая азигоархитектоника при портальной гипертензии имеет большое диагностическое и прогностическое значение. Во-первых, она возможна при одновременном контрастировании воротной системы (мезентерикопортографически). Во-вторых, семиотические признаки корней, портокавальных истоков, функциональная флэбэктазия стола и ступенчатость ее развития позволяют исключить наличие или отсутствие варикозного расширения вен пищевода.

ՊՈՐՏԱԼ ԳԵՐԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԱԶԻԳԻՈԱՐԽԻՏԵԿՆԻԿԱՆ

Ա մ փ ո փ ու մ

Ոչ ցեղային շների վրա կատարվե են անոթագրական հետազոտություններ: Հաստատված է, որ կենտ երակի և նրա բնական հիմնական սկզբնաղբյուրի աջ վերընթաց գոտային երակի ուղղությունը խիստ ղուգահեռ է ողնաշարին:

I. N. Kulish

Azygoarchitectonics in Portal Hypertension

S u m m a r y

By angiographic investigations carried out on dogs it has been established that the direction of the way of the unpaired vein and its main natural source of the right casending lumbar vein is pallellel to the vertebral column.

УДК 616.127—073.7—053.9

С. К. КАРАМОВ

**СРЕДНИЙ ВЕКТОР ПЕТЕЛЬ Р И Т ВЕКТОРКАРДИОГРАММЫ
У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

В последние годы, благодаря применению новых показателей, информативность ЭКГ и ВКГ все более увеличивается.

Известно, что ориентация петли ВКГ определяется по направлению максимального вектора (МВ). Но в ряде случаев, в частности при гипертрофии желудочков, в связи с изменением формы петли, МВ может определяться только для отдельных ее частей. Поэтому измеряют средний вектор петли (или вектор полуплощади), наиболее точно отражающий направление в пространстве. Анализируя с помощью крупномасштабной записи петли Р и Т в корригированной ортогональной системе ВКГ Франка, мы убедились, что понятие о среднем векторе применимо к петлям Р и Т.

Исследовано 100 больных ИБС, стабильной стенокардией (функциональный класс II—III) в возрасте от 45 до 85 лет, из которых 40 в прошлом перенесли инфаркт миокарда. В качестве контроля обследовано 60 лиц с физиологическим типом старения в возрасте от 60 до 89 лет и 40 здоровых лиц в возрасте 20—40 лет. В контрольной группе у всех определяли МВ петель Р и Т по общепринятой методике. Однако у 14 больных стабильной стенокардией без инфаркта миокарда в прошлом и у 10 больных с перенесенным в прошлом инфарктом резко деформировались петли Р и Т, становились похожими на эллипс; в данном случае мы определяли средний вектор этих петель, учитывая, что средний