

сохранять свою жизнеспособность, имея уже обычное расположение хроматина. Биологический смысл появления ядер с зубчатым расположением хроматина, на наш взгляд, заключается в том, что они означают переход кардиомиоцитов и их ядер на другой структурно-функциональный уровень.

Горьковская больница № 12

Поступила 16/III 1987 г.

Ի. Ի. ՄԱԼՅԵՎ

ՄԱՐԴՈՒ ԵՎ ԿԵՆԴԱՆԻՆԵՐԻ ՍՐՏՈՒՄ ՔՐՈՄԱՏԻՆԻ ԱՏԱՄԻԿԱՅԻՆ
ԴԱՍԱՎՈՐՈՒԹՅԱՄԲ ՄԻՋՈՒԿՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ն փ ու մ

Նկարագրված են կարգի միոցիտներ, որոնք ունեն քրոմատինի ատամիկային դասավորություն միջուկների մեջ: Նրանք հայտնաբերվել են շահել ճազարների մոտ և հասուն մարդկանց մոտ նորմալում և պաթոլոգիայի պայմաններում, կապված մկանային հյուսվածքի մահանալու հետ:

I. I. Malyshev

On the Nuclei with Toothed Arrangement of Chromatin in
the Human and Animal Heart

S u m m a r y

The author describes cardiomyocytes with toothed arrangement of chromatin in the nuclei in young rabbits and grown-up persons in norm and pathologic condition, resulted in the destruction of the muscular tissue.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аничков Н. Н. Русский врач, 1912, 51, 2067—2070. 2. Большакова Г. Б. Бюлл. эксперим. биол. и мед., 1984, 3, 358—360. 3. Ермакова В. А. ДАН СССР, 1957, 117, 5, 914—916. 4. Кашаев П. А. Автореф. канд. дисс., 1955. 5. Малышев И. И. Архив патологии, 1977, 1, 53—58. 6. Orpel W. 1901. Цит. по Л. В. Полежаеву и соавт. Стимуляция регенерации мышцы сердца. М., 1965, 16.

УДК 612.13:[616.127—005.8+616.124.2/3]

Б. А. ДЕНИСЕНКО

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С
СОЧЕТАННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ

Поражение двух желудочков при инфаркте миокарда существенно сказывается на особенностях гемодинамики. Снижение насосной функции правого желудочка ведет к уменьшению наполнения левых отде-

лов сердца. Показана обратная корреляционная зависимость между сниженным сердечным выбросом и давлением заполнения правого желудочка [8].

Цель настоящей работы выявление особенностей гемодинамики у больных с инфарктом миокарда правого и левого желудочков (ИМЛПЖ) по сравнению с больными, имеющими изолированный инфаркт миокарда левого желудочка (ИМЛЖ).

Материал и методы. Мы наблюдали 221 больного с инфарктом миокарда: 163 человека с ИМЛЖ и 58—с ИМЛПЖ. Вовлечение в процесс правого желудочка устанавливалось по разработанному нами алгоритму, основанному на вероятностной Байесовской модели [2]. У 28 пациентов с ИМЛПЖ и 37 с ИМЛЖ локализация инфаркта миокарда верифицирована при посмертном исследовании.

Помимо клинического и ЭКГ обследования в первые 24—48 час с согласия больных проводилась катетеризация правых отделов сердца и легочной артерии катетерами Swan-Ganz. Кривые давления регистрированы на аппарате Мингограф-81. Ударный объем сердца исследовался реоплетизмографическим методом по Кубичеку в модификации ВКНЦ. Индексы работы правого и левого желудочков рассчитывали по формулам, предложенным [10].

Полученные результаты и их обсуждение. Характеристика основных показателей кровообращения у больных с ИМЛПЖ и ИМЛЖ представлена в табл. 1. Как следует из этой таблицы основными особенностями гемодинамики при поражении 2 желудочков является повышение давления в правых отделах сердца, снижение артериального давления и минутного объема кровообращения за счет более редкого ритма, уменьшение лево- и правожелудочковых систолических рабочих индексов и возрастание диастолических рабочих индексов. О высоком конечно-диастолическом давлении в правом желудочке при ИМЛПЖ сообщали многие исследователи [1, 4, 7].

Следует подчеркнуть, что по нашим данным, подтверждающим результаты других авторов [6], почти у трети больных, несмотря на поражение правого желудочка, конечно-диастолическое давление в нем было нормальным. На наш взгляд, это может быть связано с рефлекторной реакцией на значительное повышение давления в правом предсердии. Известно, что при раздражении барорецепторов правого предсердия возникает брадикардия и гипотония большого круга кровообращения [3]. Вазодилатация сосудов большого круга приводит, вероятно, к депонированию части объема крови и снижению притока его к сердцу. Таким образом, являясь по характеру компенсаторной реакцией, относительная гиповолемия, препятствует гемодинамическому проявлению инфаркта правого желудочка и при чрезмерности этой реакции может привести к развитию шока.

Отношение конечно-диастолических давлений легочной артерии и правого желудочка у подавляющего числа больных с ИМЛПЖ (88,7%) оказалось меньше или равным 2,0. Более того, у 27,3% больных был

выявлен обратный градиент давлений наполнения желудочков или уравнивание этих давлений. У больных с ИМЛЖ это отношение в диапазоне 1,1—2,0 было лишь в 18,2%, а обратный градиент или уравнивание давлений — в одном случае. Более того, у большинства больных с ИМЛЖ этот коэффициент оказался выше 2,0 (81,8%). Таким образом, синдром преобладающего поражения правого желудочка при ИМЛПЖ встречался у 27,3% больных.

Таблица 1

Характеристика основных показателей гемодинамики у больных с ИМЛПЖ и ИМЛЖ, $M \pm m$

Показатели	ИМЛПЖ n=58		ИМЛЖ n=163		P
ЧСС, уд. в мин.	71,6	1,6	82,0	2,8	<0,01
АД ср, кПа	11,5	0,29	13,4	0,22	<0,001
УИ, мл/м ²	32,42	2,50	32,34	2,16	>0,5
СИ, л/мин/м ²	2,34	0,01	2,67	0,01	<0,05
ОПС, дин·с·см ⁻⁵	1955	199,2	2,268	158,3	>0,05
ЛАС, дин·с·см ⁻⁵	133,5	20,0	151,0	10,0	>0,05
СрДпп, кПа	1,55	0,11	0,60	0,04	<0,001
КДДПЖ, кПа	1,55	0,17	0,57	0,01	<0,001
КДДЛА, кПа	2,55	0,43	2,57	0,38	>0,5
КДЛЛА/КДДПЖ	1,42	0,083	4,5	0,55	<0,001
СДПЖ, кПа	5,04	0,28	5,12	0,13	>0,5
СДЛА, кПа	4,61	0,31	4,64	0,15	>0,5
ЛЖУРИ, г-м/м ² уд	39,49	3,54	44,61	3,15	>0,05
ЛЖРИ, г-м/м ² уд	31,22	3,60	40,47	3,10	<0,02
ЛЖДРИ, г-м/м ² уд	8,27	1,10	4,14	0,50	<0,01
ПЖУРИ, г-м/м ² уд	9,19	1,39	9,72	0,76	>0,5
ПЖРИ, г-м/м ² уд	4,90	0,71	7,87	0,68	<0,001
ПЖДРИ, г-м/м ² уд	4,29	0,89	1,9	0,22	<0,05

При наличии одинаковых значений ударного индекса и давления в легочной артерии, в группах изменения систолической работы левого желудочка при ИМЛПЖ можно объяснить только более низкой послеагрузкой для этого отдела сердца. Увеличение левожелудочкового диастолического индекса у больных с ИМЛПЖ при равном давлении в легочной артерии может быть связано с большой регидностью мышцы или с меньшим объемом крови, поступающим в левый желудочек. Быстрые изменения регидности левого желудочка могут происходить при нарушениях коронарного кровотока и снижении доставки кислорода к миокарду [9]. Констрикторное действие в условиях дилатации правого желудочка может оказать и перикард [5]. Генез возрастания при ИМЛПЖ правожелудочкового диастолического индекса видимо, такой же, что и диастолического индекса в левом желудочке.

Таким образом, изменения гемодинамики при ИМЛПЖ имеют свои особенности, которые следует учитывать при выборе лечебных мероприятий.

Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей

Поступила 1/VI 1987 г.

ԱՁ ԵՎ ՁԱԽ ՓՈՐՈՔՆԵՐԻ ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ՉՈՒԳԱԿՅՎԱԾ ԻՆՖԱՐԿՏՈՎ
ՀԻՎԱՆԳՆԵՐԻ ՀԵՄՈՂԻԲՆԱՄԻԿԱՅԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ա մ փ ն փ ն լ մ

Հայտնաբերված է, որ երկու սրտոքների վնասվածքի դեպքում նկատվում է ավելի նոսր ռիթմ, սրտային ինդեքսի և միջին զարկերակային ճնշման իջեցում և աչ նախասրտի միջին ճնշման և աչ սրտոքի վերջնային դիաստոլիկ ճնշման բարձրացում:

B. A. Denisenko

Peculiarities of Hemodynamics in Patients with Combined
Myocardial Infarction of the Right and Left Ventricles

S u m m a r y

It has been found out that to affection of both ventricles the rhythm is more rare. In case of similar indices of final diastolic pressure the decrease of cardiac index and arterial pressure and increase of average pressure of the right auricle and final diastolic pressure of the right ventricle are observed.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисенко Б. А. Терапевтический архив, 1982, 54, 9, 56—59.
2. Денисенко Б. А., Цинкер М. Н., Фастыковская Е. Д. и др. Всероссийский съезд кардиологов (тезисы доклада). Свердловск 1985, 356—357.
3. Aviado D. M., Li T. H., Kalow W. et al. Amer. J. Physiol. 1951b, 165, 2, 261—277.
4. Cohn J. M., Guiha N. H., Broder M. I. et al. Amer. J. Cardiol., 1974, 33, 209—214.
5. Glantz S., Milsbach G., Moores W. et al. Circulat. Res., 1978, 42, 433—441.
6. Isner J. M., Roberts W. C. Amer. J. Cardiol., 1978, 42, 6, 885—894.
7. Lorell B., Gold H. K., Pohost G. M. et al. Amer. J. Cardiol., 1978, 41, 409.
8. Vannucci A., Marchionni N., Pini R. et al. J. Ital. Cardiol. 1980, 10, 2, 133—140.
9. Vogel W. M., Apstein C. S., Briggs L. et al. Circulat. Res. 1982, 51, 1, 465—477.
10. Yang S., Behvoglian J. G., Maranna V., Goldberg H. Philadelphia, F. a Davis Company., 1972, 163.

УДК 616.127—005.8:616.391:577.164.11.2

И. И. МЯГКОВ, Р. А. БАДЮК, М. Я. ЯСНИЦКАЯ

ОБМЕН ВИТАМИНОВ С И В₁ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

В последние годы проведены клинические и экспериментальные исследования с целью выявления участия витаминов в липидном влиянии на развитие атеросклеротического процесса. Менее изученным является витаминный обмен при острой коронарной недостаточности. Исследования по данному вопросу немногочисленны, отчасти противоречивы [8]. Установлено, что при ишемической болезни сердца (ИБС),