

для крупномолекулярных веществ (белков, липидов, растворенных кристаллоидов, токсинов), количество которых в постреанимационный период повышено. Нередкой находкой являлись капилляры, структуру которых трудно было определить вследствие их деструкции, как результата перенесенного гипоксического процесса.

У выживших животных, подвергнутых исследованию в более отдаленные сроки (на 3—7—14-е сутки) отмечается постепенная нормализация вышеуказанных изменений.

Целиноградский государственный медицинский институт

Поступила 22/VI 1983 г.

Ա. Վ. ԷՅԽԳՈՐՆ

ՄՐՏԻ ԷՊԻԿԱՐԴԻԱԼ ԱՎՇԱՅԻՆ ՀՈՍՔԻ ԷՆԴՈԹԵԼԻ ՁԵՎԱՐԱՆԱԿԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՎԵՐԱՎԵՆԴԱՆԱՑՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ

Ա մ փ ն փ ն ի մ

Ուսումնասիրված են էպիկարդի էնդոթելում ավշային հոսքի փոփոխությունները վերակենդանացումից հետո վերականգնման շրջանում: Հաստատված են տարբեր փոփոխություններ առաջին օրերին: Էնդոթելի բջիջների խրիչների և ցիտոպլազմայի արգիրոֆիլ բարձրացում, միջբջջային սահմանների ֆրագմենտացիա:

A. V. Eikhgorn

Morphological Peculiarities of Endothelium of the Epicardial Lymphatic Bed of the Heart after Resuscitation

S u m m a r y

The changes in the endothelium of the lymphatic bed of the heart epicardium have been studied during the recovery period after resuscitation. Various changes have been revealed during the first day; increase of the argyrophilia of the cytoplasm of the endothelial cells, fragmentation of intercellular border—lines.

УДК 616.127:616.125]—073.48—091—092(086.5)

В. Н. КОВАЛЕНКО, В. А. КОЗЛОВ

МОДЕЛЬ ДЛЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

Широкое внедрение ультразвуковых методов исследования в кардиологическую практику обеспечивает возможность получения морфо-функциональных характеристик сердца человека неинвазивным способом.

Целью настоящей работы является разработка модели левого предсердия для эхокардиографической оценки его морфо-функционального

состояния. Размеры, форма и геометрия левого предсердия изучена по слепкам полостей сердца и серийным гистотопографическим срезам сердца и грудной клетки в целом в различных плоскостях. Исследование проведено на 57 сердцах и комплексах грудной клетки. Топография левого предсердия определена относительно координатных осей тела человека. Гистотопографические поперечные срезы грудной клетки проводили на уровне 2—5-го межреберных промежутков, т. е. в области, используемой при эхокардиографическом исследовании. Сагитальные топографические срезы проводили по середине грудины и через один сантиметр по обе стороны от нее.

Таблица 1

Морфометрические параметры полости левого предсердия сердца человека ($M \pm m$)

Уровни сечений полости левого предсердия по высоте	Ширина полости 2Дп, см		Длина полости 2Lп, см	Объем полости, $V = \frac{4}{3} \pi L_p D_p^2$, см ³
	во фронтальной плоскости	в сагитальной плоскости		
Верхняя треть	$2,7 \pm 0,6$	$3,2 \pm 0,3$	$5,1 \pm 1,3$	$19,5 \pm 3,7$
Средняя треть	$3,4 \pm 0,8$	$3,6 \pm 0,6$		
Нижняя треть	$2,9 \pm 0,6$	$2,9 \pm 0,4$		

Обобщение данных, полученных по гистотопографическим срезам грудной клетки и по слепкам полости левого предсердия показало, что форма левого предсердия приближается к эллипсоиду вращения (табл. 1). Обоснованием к этому явились результаты морфологического исследования. Учитывая форму левого предсердия получена формула определения его объема по данным измерения передне-заднего размера, который определен при эхокардиографическом исследовании. Объем полости левого предсердия может быть рассчитан по формуле для эллипсоида вращения. Большая полуось полости левого предсердия определяется, исходя из известного соотношения осей (табл. 1), равным в среднем $1,4 \pm 0,6$ по формуле:

$$p = 1,4 L \cdot p, \text{ где } p \text{ — большая полуось, } p = 3,14, \\ L \text{ — малая полуось}$$

Предлагаемая модель была апробирована при эхокардиографическом исследовании 40 здоровых лиц 60 больных митральными пороками с преобладанием стеноза и недостаточности. При этом были сопоставлены наши данные, полученные методом одномерной эхокардиографии и данные Л. М. Сергаковой (1981), полученные методом двумерной эхокардиографии. Сопоставляли морфо-функциональные характеристики левого предсердия близкие по поперечному размеру у здоровых и больных с митральными пороками. При этом установлена разность у больных митральными пороками с преобладанием стеноза и недостаточности, которая не превышает 10%.

Днепропетровский медицинский институт

Поступила 23/VI 1983 г.

Վ. Ն. ԿՈՎԱԼԵՆԿՈ, Վ. Ա. ԿՈԶԼՈՎ

ՁԱԽ ՆԱԽԱՍՐՏԻ ՄՈՐՖՈ-ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ՎԻՃԱԿԻ ԷԽՈԿԱՐԴԻՍԳՐԱՖԻԿ
ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՄՈԴԵԼ

Ա Մ Փ Ն Փ Ն Ն Մ

Անատոմիական մեթոդիկաների և մաթեմատիկական վերլուծությունների օգնությամբ մշակված է ձախ նախասրտի մոդել էխոկարդիոգրաֆիկ հետազոտության և նրա մորֆո-ֆունկցիոնալ վիճակի գնահատման համար: Կատարված է մոդելի կլինիկական լիարժեքում:

V. M. Kovalenko, V. A. Kozlov

The Model of Echocardiographic Estimation of the Morphofunctional State of the Left Auricle

S u m m a r y

By means of anatomical methods and mathematical analysis the model of the left auricle is worked out for the echocardiographical studies and estimation of its morphofunctional state. The clinical aprobatation of the model has been carried out.

УДК 616.12—009.72—073.97:612.013

В. В. АНИКИН

СВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ С РИСКОМ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Актуальность выявления особенностей естественного течения хронической ишемической болезни сердца (ИБС), выяснения значения отдельных факторов, позволяющих прогнозировать исход заболевания не вызывает сомнения. В этом отношении особое внимание привлекает изучение изменений электрокардиограммы, поскольку ее анализ доступен широкой кардиологической практике. Между тем, имеющиеся в литературе сведения о прогностической значимости отдельных показателей ЭКГ у больных ИБС немногочисленны и противоречивы. В связи с этим нам представилось целесообразным при изучении естественного течения стабильной стенокардии проанализировать связь изменений исходной ЭКГ с риском сердечной смерти.

Под наблюдением находилось 272 больных (мужчин—208, женщин—64) стабильной стенокардией, у которых диагноз верифицирован результатами велоэргометрического обследования. При проведении последнего у всех больных возникал типичный ангинозный приступ при выполнении нагрузки мощностью, не превышавшей 600 кгм/мин. Исходные электрокардиограммы записывались в покое в 12 общепринятых отведениях.