

Ս. Բ. ՏՐՈՒԽՄԱՆՈՎ, Դ. Պ. ԻՏԿԻՆ, Ե. Ֆ. ԳԻԶԱՏՈՒՄԻՆԱ,
Տ. Ա. ՄՆՈԳՈԼԵՏ, Ա. Ե. ԿՈՒՎԱՅԵՎ, Ա. Մ. ՎԵՍՆԻՆ

ՄՐՏԱՄԿԱՆԻ ԿԾԿՈՂԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԹՈՒԼԱՑՄԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆՈՂ
ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԾԱՆՐԱՐԵՌՆԵՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՓՈՐՁԵՐԻ ԵՎ ՄՐՏԱՄԿԱՆԻ
ՍՈՒՐ ԻՆՖԱՐԿՏԻ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

Հայտնաբերված է բարձր դրական համահարաբերություն կծկման և թուլացման ինդեքսների միջև նորմայում և պաթոլոգիայում: Ցույց է տրված, որ կծկման և թուլացման ցուցանիշների փոփոխման արագությունը տարբեր է սրտային սուր անբավարարության զարգացման տարբեր էտապներում:

S. B. Trukhmanov, G. P. Itkin, Ye. F. Gizatullina,
T. A. Mnogolet, A. Ye. Kuvayev, A. M. Vesnin

Evaluation of the Contractability and Relaxation of the Myocardium in Conditions of the Physiological Load Tests and in Case of Acute Myocardial Infarction

S u m m a r y

The strong positive correlation is revealed between the indices of contractability and relaxation in the norm and pathology. It is shown that the speed of the change of these indices is different in different stages of the development of acute cardiac insufficiency.

УДК 616.125.2—006—073.432.19

Г. А. МАНУКЯН

СЛУЧАИ ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ МЕТОДОМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ НА АППАРАТЕ «УЗҚАР-3»

Первичные опухоли сердца встречаются крайне редко, составляя от 0,008% до 1,4% всех заболеваний этого органа. 75% их относится к доброкачественным новообразованиям, исходящим в основном из левого предсердия. В диагностике последних весьма высока специфичность эхокардиографии. Приводим наше наблюдение, демонстрирующее возможность дооперационной диагностики опухоли левого предсердия с помощью отечественной ультразвуковой установки «Узкар-3».

Больной К., 17 лет, поступил в клинику Института кардиологии МЗ Арм. ССР, 15.IV.83 г. с жалобами на одышку и сердцебиение в покое, приступы удушья по ночам, резкое исхудание. В октябре 1982 г. впервые стал отмечать быструю утомляемость при привычных нагрузках. Лечение по месту жительства и в Республиканской больнице г. Ере-

вана эффекта не дало. От хирургической коррекции предполагаемого митрального порока сердца больной воздержался.

Состояние при поступлении тяжелое: ортопноэ, акроцианоз, бледность кожных покровов. Границы сердца заметно расширены в поперечнике и вверх; тоны ритмичные, звучные. Акцент II тона и слабый протодиастолический шум на легочной артерии, интенсивный пансистолический шум с хордальным оттенком у верхушки сердца. Пульс слабого наполнения, 110 уд. в 1 мин, АД 95/75 мм рт. ст. В легких базальные застойные хрипы. Печень увеличена на 4 см, плотноватая, болезненная. На ЭКГ синусовая тахикардия, замедление внутрижелудочковой проводимости, выраженная гипертрофия правого желудочка и левого предсердия, гипертрофия левого желудочка. Рентгенологически выявлена картина митрального порока с преобладанием недостаточности митрального клапана, относительная трикуспидальная недостаточность, выраженный застой с гипертензией в малом круге кровообращения. Анализы крови и мочи в пределах нормы.

На основании данных обследования был установлен диагноз: вялотекущий возвратный ревмокардит, сочетанный митральный порок, II-II A ст. Однако резистентность к проводимой терапии и прогрессирующий характер заболевания ставили под сомнение возможность сугубо клапанного поражения. С целью уточнения диагноза 13.V.1983 г. было осуществлено эхокардиографическое исследование в режиме М-сканирования на аппарате «Узкар-3». На эхокардиограммах, снятых в III стандартной позиции датчика, были обнаружены аномальные эхосигналы, расположенные столбиками позади М-образной передней створки митрального клапана и исходящие из задней стенки сердца. В зоне локализации митрального кольца отмеченные эхосигналы выявлялись в обе фазы сердечной деятельности, а в полости левого желудочка — только в период диастолы. Такая картина указывала на наличие новообразования в выходном отделе левого предсердия и его частичное выпадение в диастолу в левый желудочек.

С диагнозом пролабирующей опухоли левого предсердия больной был срочно переведен в отделение хирургии сердца Ереванского филиала ВНЦХ АМН СССР, где 24.V.1983 г. по жизненным показаниям, в условиях искусственного кровообращения из левого предсердия удалена опухоль размером 10×8×6 см. Гистологически новообразование было расценено как доброкачественная ангиоэндотелиома, богато снабженная артериями замыкающего типа, функционирование которых, вероятно, могло обусловить значительные колебания объема опухоли, а, следовательно, и степени вызываемой ею митральной обструкции.

Описанный случай свидетельствует о необходимости более широкого внедрения в клиническую практику, в частности стационары общетерапевтического профиля, отечественной эхокардиографической аппаратуры, высокая разрешающая способность которой позволяет правильно и своевременно дифференцировать клапанные пороки от опухолевых поражений сердца.

ՉԱԽ ԵԱԽԱՍՐՏԻ ՈՒՌՈՒՅՔԻ ԷԽՈԿԱՐԴԻՈԴՐԱՅԻԿ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ
Մ-ՍՓՐԻԶԱՅԻՆ ՄԵԹՈԴՈՎ «ՈՒԶԿԱՐ—3» ԱՊԱՐԱՏՈՎ

Ա. մ փ ո փ ու մ

Էխոկարդիոգրաֆիան M-ռեժիմով հնարավորություն է տվել հայտնաբերելու ձախ նախասրտի ուռուցքը, որը կլինիկոսն ստեղծում էր միջրալ արատի պատկեր, կլինիկական պրակտիկայի մեջ հայրենական էխոկարդիոգրաֆիկ սարքավորումների ներդրումը կնպաստի ներնախասրտային նորագոյացությունների ժամանակին ախտորոշմանը և վիրաբուժական միջոցառումների կիրառմանը:

H. A. Manukyan

A Case of Vital Diagnosis of Left Atrial Tumour Using
Echocardiography on „Uzkar-3„

S u m m a r y

M-mode echocardiography allowed to detect a left atrial tumor, which mimicked mitral valve disease. Clinical use of the Soviet echocardiographs may promote early detection and surgery of intraatrial tumors.

УДК 616.127—073.7—053.9

С. К. КАРАМОВ

ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ НЕКОТОРЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ
ВКГ И ЭКГ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ ИБС

Для определения зависимости между ВКГ и ЭКГ показателями было обследовано 30 здоровых лиц в возрасте 20—40 лет, 20 лиц в возрасте 60—80 лет без изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, 30 больных ХИБС, стабильной стенокардией (II—III функциональный класс). У 10 больных ХИБС были признаки рубцовых изменений нижней стенки левого желудочка, у 10—признаки левого переднего гемиблока, а у остальных 10—рубцовые изменения нижней стенки с передним левым гемиблоком. В корригированной ортогональной системе Франка с обычным усилением и разработанным нами дополнительным усилением ($1 \text{ mV}=100 \text{ мм}$) устанавливалась связь между направлением записи петли QRS, ориентацией начальных ее векторов во фронтальной плоскости ВКГ и формой зубцов комплекса QRS в X и Y отведениях ЭКГ.

У 30 здоровых лиц в возрасте 20—40 лет в 66% случаев запись петли QRS была по часовой стрелке, в 34%—против часовой стрелки. В случае записи петли по часовой стрелке начальные $0,01—0,02''$ вектора петли QRS имели направление $-10^\circ—15^\circ$, что соответствовало зубцу q в отведении Y. Далее петля QRS имела направление вниз (зу-