

Վ. Ի. ՅՐԱՆՑԵՎ, Դ. Ա. ԳԻՆՑՈՒՐԳ

ԷԼԵԿՏՐԱԷՆՑԵՖԱԼՈԳՐԱՖԻԿ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ
ԱԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆԸ ՍՐՏԻ ՄԵԿՈՒՍԱՑՎԱԾ ԿՈՄԲԻՆԱՑՎԱԾ ԱՐԱՏՆԵՐԻ
ԵՎ ԽՈՇՈՐ ԱՆՈՒՆԵՐԻ ՎԻՐԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ու մ

Տրված է էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆիայի մարման արագության քանակական բնութագիրը, խոշոր անոթների փակման դեպքում, «բաց սրտի» պայմաններում կատարվող վիրահատությունների ժամանակ, կախված հիպոտերմիայի, անզգայացման աստիճանից և արտի անատոմիական առանձնահատկություններից:

V. I. FRANCHEV, D. A. GINSBURG

THE COMPARATIVE ESTIMATION OF EEG CHANGES DUE TO THE SURGICAL CORRECTION OF ISOLATED AND ASSOCIATED HEART DEFECTS AND MAIN VESSELS

S u m m a r y

The quantitative character of velocity of electroencephalogram's dying away during the vascular occlusion on open-heart operations was depended on the degree of moderate hypothermia, the deepness of anesthesia and the anatomical peculiarities of corrected defect.

УДК 616.132.15=007.271=053.1=089.844.07:616.124=07

А. М. ГРИШКЕВИЧ, Л. А. БАРСКАЯ, В. А. КОРЧАГИН

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С КООРТАЦИЕЙ АОРТЫ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА

Известный интерес представляет изучение компенсаторных возможностей сердца в отдаленные сроки после операции по поводу врожденных пороков сердца. Нами проанализированы рентгенологические и электрокардиографические данные 52 больных коарктацией аорты в сроки от 1 года до 10 лет после коррекции порока. В зависимости от уровня артериального давления (на руках) до операции все больные были разделены на 3 группы.

В I группу были включены 17 больных с артериальным давлением от 110/70 до 140/80 мм рт. ст., из коих 7 были в возрасте от 4 до 7 лет, 8—от 9 до 13 лет и двое больных старшего возраста (15 и 17 лет).

В отдаленные сроки после операции у большинства больных при рентгенологическом исследовании отмечалась нормализация размеров левого желудочка, а на ЭКГ—отсутствие признаков гипертрофии мышцы его. Только у 2 из 17 обследованных этой группы ЭКГ данные свидетельствовали о гипертрофии левого желудочка. Однако сумма $R_{V_5} + S_{V_1}$ 35 мм и амплитуда R_5 заметно уменьшились.

Вторую группу составили 16 больных с артериальным давлением от 145/95 до 160/110 мм рт. ст. (13 больных в возрасте от 1 года до 9 лет, 3—от 17 до 22 лет).

Несмотря на более высокое исходное артериальное давление, у 9 больных этой группы выявлена положительная динамика рентгенологических и ЭКГ данных. У 7 больных отсутствовали признаки гипертрофии и дилатации левого желудочка—размеры его соответствовали нормальным. У 5 больных, хотя и сохранились ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка, наблюдалась тенденция к уменьшению ее как по сумме $Rv_5 + Sv_1$, от 39 до 35 мм, так и по амплитуде Rv_5 от 53 до 47 мм. То же наблюдалось и в отношении признаков гипертрофии правого желудочка. Если до операции сумма $Rv_1 + Sv_5$ составляла 31—32 мм, то после операции уменьшилась до 22—17 мм; признак $R/Sv_1 \geq 1$ сохранился только у 1 больного, а инверсия зубца $Tv_1 - v_2$ у 2.

Третью группу составили 19 больных с высоким артериальным давлением от 165/110 до 210/140 мм рт. ст. и более тяжелым клиническим состоянием. Большинство больных было старше 17 лет (четверо—от 27 до 30 лет). У большинства больных этой группы до операции отмечалось значительное увеличение левого желудочка, у 5—признаки гипертрофии и дилатации и правого желудочка, увеличение левого предсердия. В отдаленные сроки после коррекции порока положительная динамика имела место у 9 больных. Размеры левого желудочка восстанавливались до нормальных у одного и у 8 отмечалось уменьшение этой полости сердца. На ЭКГ сумма $Rv_5 + Sv_1$ от 53 до 75 мм до операции (признак гипертрофии левого желудочка) уменьшилась до 44—52 мм. У 2 больных, имевших указание на гипертрофию левого желудочка— $Rv_1 + Sv_5 > 10,5$ мм, отмечалась нормализация этого показателя, а у двух больных ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка зарегистрированы через 5—7 лет после операции.

Таким образом, в отдаленные сроки после операции коарктации аорты выявлена положительная динамика рентгенологических и ЭКГ данных. Наибольшая степень обратного развития признаков гипертрофии как левого, так и правого желудочков имела место у больных I—II групп с относительно невысокими цифрами исходного артериального давления. Однако и у больных III группы возможна положительная динамика рентгенологических и ЭКГ показателей—уменьшение размеров желудочков, обратное развитие признаков их гипертрофии и улучшение функционального состояния миокарда.

Ин-т хирургии им. А. В. Вишневского

АМН СССР, г. Москва

Поступило 22/X 1975 г.

Ա. Մ. ԳՐԻՇԿԵՎԻՉ, Լ. Ա. ԲԱՐՍԿԱՅԱ, Վ. Ա. ԿՈՐՉԱԳԻՆ

ԱՌՐՏԱՅԻ ԿՈԱՐԿՏԱՑԻԱՅԻՆ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԻՆԵՐԻ ՀԵՏ
ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏԱԳԱ ՇՐՋԱՆՆԵՐՈՒՄ, ՍՐՏԻ ՓՈՐՈՔՆԵՐԻ
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԻՆԱՄԻԿԱՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Աորտայի կոարկտացիայով տառապող հիվանդների մոտ հետադիստրոֆիան հեռավար պրոցեսները ցույց են տվել, որ տեղի է ունենում սրտի փորոքների զերաճի հետ զարգացում և սրտամկանի կծկողական ֆունկցիայի լավացում: Հիշյալ փոփոխությունները կապված են արյան ճնշման սկզբնական տվյալների:

A. M. GRISHKEVICH, L. A. BARSKAYA, V. A. KORCHAGIN

THE DYNAMICS OF VENTRICULAR CHANGES IN PATIENTS
WITH COARCTATION OF AORTA IN THE REMOTE PERIODS
AFTER CORRECTION OF THE DEFECT

S u m m a r y

The decrease of size of ventricles, the reverse development of electrocardiographic signs of hypertrophy and the improvement of contractile function of the myo-

cardium was revealed in patients with coarctation of aorta in the remote periods after correction of the defect.

The degree of these changes has depended on the initial level of arterial pressure.

УДК 616.12—007.2—053.1:612.13:616.322—002.2

В. П. ОБУХОВА, Г. В. ДОРОЖКО, Г. Г. ЧАСОВСКИХ

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ НА СОСТОЯНИЕ НЕБНЫХ МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

В настоящей работе была поставлена задача изучить влияние гемодинамических нарушений на состояние небных миндалин у детей с врожденными пороками сердца. Обследовано 400 детей (в возрасте 3—14 лет), из коих у 155 (38,7%) выявлен хронический тонзиллит.

Гистологическому исследованию подвергнуты миндалины 60 больных (у 44 миндалин взяты после тонзиллэктомии, у 16 умерших—во время вскрытия).

Фарингоскопия выявила довольно частое изменение окраски слизистой зева в виде гиперемии при пороках «бледного» типа и цианоза при пороках «синего» типа. Чаще всего гиперемия дужек и миндалин имела место при выраженных формах пороков «бледного» типа с нормоволемией в малом круге кровообращения (72,9 и 62,1%) и при пороках с гиперволемией без легочной гипертензии (61,2; 55,1%). Реже гиперемия дужек и миндалин отмечалась у детей с высокой легочной гипертензией (54,5; 51,5%). У больных пороками «бледного» типа окраска слизистой зева чаще изменялась в возрасте 11—14 лет.

При пороках «синего» типа степень цианоза слизистой зависела от выраженности гипоксемии. Незначительный цианоз дужек и миндалин имел место при легких формах пороков (содержание НВ до 15 г%, снижение оксигенации артериальной крови до 85%). Резкая синюшность слизистой зева отмечена у детей с тяжелыми формами порока (содержание НВ выше 20%, оксигенация артериальной крови ниже 75%).

У большинства детей с врожденными пороками сердца как «бледного», так и «синего» типа преобладала гипертрофия миндалин II степени. Миндалины были рыхлыми, рубцовое изменение их чаще встречалось у детей с пороками «бледного» типа с нормоволемией в малом круге.

Регионарный лимфаденит обнаружен у 264 (66%) детей, без сопутствующих воспалительных изменений в зеве и носоглотке—у 109 (39). Чаще всего лимфаденит имел место у детей с пороками «синего» типа (77%).

Наибольший процент хронического тонзиллита выявлен у детей с пороками «бледного» типа: при выраженных пороках с нормоволемией в малом круге кровообращения (62,1%) и при умеренной легочной гипертензии (46,6%). При нарастании легочной гипертензии у детей процент хронического тонзиллита уменьшался (33,3%). Еще реже хронический тонзиллит отмечался при пороках «синего» типа (28%).

Гистологическое исследование показало, что основные изменения в миндалинах при врожденных пороках сердца носят фолликулярно-гиперпластический и сосудистый характер. У всех больных, как правило, имело место увеличение фолликулов и центров размножения в них. Такие гиперпластические изменения в ткани миндалин были активнее при менее тяжелых формах пороков. В центрах размножения фолликулов у этих больных было выражено митотическое деление клеток. Наряду с этим, в фолликулах и в сосудах миндалин у таких больных выявлялись склеротические изменения. Напротив, при пороках, сопровождающихся более тяжелыми гемодинамическими рас-