

К. Б. ТИХОНОВ, И. Е. ПЕТРЕНКО

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ АОРТЫ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Обычное рентгенологическое исследование органов грудной полости больных сердечно-сосудистыми заболеваниями является неотъемлемой частью общеклинического обследования [2, 4, 5, 9, 11].

Изменение аорты—важный дифференциально-диагностический критерий [1—3, 6—10]. Однако достаточно достоверных данных о параметрах аорты при различных сердечно-сосудистых заболеваниях в доступной литературе не встречается.

Цель данной работы—определить достоверность количественного изменения параметров дуги аорты и поперечного размера сердца при гипертонической болезни, аортальном стенозе, аортальной недостаточности, коарктации аорты и миокардите.

Материал и методика исследования. Методом рентгенографии обследовано 123 больных мужчин в возрасте 25—35 лет, находившихся под наблюдением кардиолога. Распределение больных по диагнозам приведено в таблице. Вес больных находился в пределах 68—80 кг, рост—167—178 см. Контрольную группу составили 57 лиц, того же возраста, роста, веса и пола, которым было произведено исследование органов грудной полости по поводу заболеваний легких. У этих лиц сердечно-сосудистых заболеваний не обнаружено.

Рентгенография органов грудной полости всем больным производилась в задне-передней проекции при расстоянии фокус-пленка 1,5 м на глубине вдоха. Выдержка—0,08—0,1 сек.

Результаты исследования и обсуждение. В таблице 1 приведены величины ($M \pm m$) параметров дуги аорты, выраженные в сантиметрах, и кардио-торакального отношения (КТО), выраженного в процентах, по группам больных. Как видно из полученных данных (табл. 1), наибольшая высота дуги аорты (A_h) обнаружена среди больных гипертонической болезнью, аортальным стенозом ($P < 0,001$ и $P < 0,05$ соответственно). У больных аортальной недостаточностью, коарктацией аорты и миокардитом параметр A_h при сравнении с контрольной группой оказался статистически недостоверным.

Наибольший размер от наружного контура восходящей аорты до срединной линии (A_g) установлен среди больных аортальной недостаточностью, коарктацией аорты, гипертонической болезнью и аортальным стенозом. В названных группах больных по сравнению с контрольной группой параметр A_g достоверно увеличен. При миокардите этот параметр не изменен.

Таким образом, у больных гипертонической болезнью были увеличены все параметры аорты. У больных аортальным стенозом увеличены

Ah, Ag. При аортальной недостаточности увеличен только Ag. Такое же явление наблюдается и при коарктации аорты. Другие параметры аорты при этом заболевании в сравнении с данными контрольной группы не изменены. У больных миокардитом (миокардиопатией) параметры аорты не изменяются.

Таблица I

Величины параметров аорты и кардио-торакального отношения у различных групп больных

| Диагноз | Количество больных | Параметры аорты ($M \pm m$), см | | | КТО, % |
|---------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|----------------|----------------|---------------|
| | | Ah | Ag | Al | |
| Контрольная группа | 57 | $8,9 \pm 0,15$ | $2,4 \pm 0,07$ | $3,0 \pm 0,08$ | $50 \pm 0,40$ |
| Гипертоническая болезнь II А-Б стадии | 39 | $11 \pm 0,21$ | $3,1 \pm 0,14$ | $4,4 \pm 0,13$ | $52 \pm 0,48$ |
| Аортальный стеноз II А-Б стадии | 26 | $9,6 \pm 0,29$ | $3,0 \pm 0,14$ | $3,2 \pm 0,10$ | $50 \pm 0,59$ |
| Аортальная недостаточность | 21 | $10,0 \pm 0,52$ | $4,0 \pm 0,31$ | $3,3 \pm 0,13$ | $53 \pm 0,44$ |
| Коарктация дуги аорты (взрослый тип) | 13 | $9,2 \pm 0,47$ | $3,5 \pm 0,22$ | $2,8 \pm 0,11$ | $51 \pm 0,55$ |
| Миокардит (миокардиопатия) | 24 | $8,7 \pm 0,27$ | $2,3 \pm 0,14$ | $2,8 \pm 0,12$ | $53 \pm 0,61$ |

Достоверное увеличение кардио-торакального отношения, превышающего условную границу нормы, обнаружено при аортальной недостаточности, миокардите и гипертонической болезни. Увеличение названного параметра при аортальном стенозе и коарктации аорты статистически недостоверно. Частота случаев увеличения кардио-торакального отношения, выходящего за пределы условной нормы, следующая: при миокардите—0,76; аортальной недостаточности—0,70; гипертонической болезни—0,60; аортальном стенозе—0,57; коарктации аорты—0,46; в контрольной группе—0,31.

З а к л ю ч е н и е

При сердечно-сосудистых заболеваниях, характеризующихся отягощением пути оттока левого желудочка, наиболее убедительным показателем является увеличение аорты по правому контуру. Увеличение высоты восходящей аорты свойственно гипертонической болезни и аортальному стенозу. Увеличение проступания контура дуги аорты влево наиболее характерно для гипертонической болезни. Достоверное увеличение кардио-торакального отношения установлено при аортальной недостаточности и миокардите.

Центральный научно-исследовательский рентгено-радиологический институт

МЗ СССР, г. Ленинград

Поступила 12/X 1981 г.

ՄԻՐՏ-ԱՆՈՒԹԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ
ԱՈՐՏԱՅԻ ՊԱՐԱՄԵՏՐԵՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ա մ փ ն փ ն լ մ

Հայտնաբերված է, որ ձախ փորքի հոսքի ճանապարհի ծանրաբեռնումով ուղեկցվող հիվանդությունները բերում են արտալի լայնացմանը աչից: Վերելակ արտալի երկարումը ավելի բնորոշ է հիպերտոնիկ հիվանդությանը և արտալի ստենոզին: Արտալի արտահայտվածության ուժեղացումը ձախից առավել բնորոշ է հիպերտոնիկ հիվանդությանը:

K. B. Tikhonov, I. E. Petrenko

Changes of Aorta Parameters in Cardiovascular Diseases

S u m m a r y

It has been revealed that all diseases, accompanied by aggravation of the way of outflow of the left ventricle cause aortectasia from the right. Lengthening of the ascending aorta is mainly peculiar to hypertensive disease and aortal stenosis.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Арабей И. Л. Рентгенодиагностика заболеваний сердца и сосудов: Ставрополь, 1979. 2. Иваницкая М. А. Рентгенодиагностика заболеваний сердца и сосудов. М., «Медицина», 1970. 3. Казан Е. М., Заяulina Л. А. Флюорография сердца и аорты. М., 1970. 4. Тихонов К. Б. Функциональная рентгеноанатомия сердца. М., 1978. 5. Тихонов К. Б. Рентгенологическое исследование сердца и сосудов. Л., 1970. 6. Хомяков Ю. С. Рентгенодиагностика сердечно-сосудистой системы. М., 1976. 7. Dee P. M. Radiologie, 1974, 112, 1, 57—59. 8. Emmrich Y., Reindell H. Steimtt. Rfo, 1967, 106, 5, 651—665. 9. Glower L., Baxley W. A., Dodge H. T. Circulation, XLVII, 6, 1973, 1289—1296. 10. Nognetra J. B., Saavedra J. et al. Rwista clin. Esp. 1971, 121, 6, 509—514. 11. Shanks S. C., Kerley P. Textbook of X-ray Diagnosis. London, 1962, 130.

УДК 616.12—007—053.1:611.94

Е. Н. МЕШАЛКИН, Е. Е. ЛИТАСОВА, Г. Г. ЧАСОВСКИХ,
М. Б. САНКИН, А. М. ВОЛҚОВ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ПАПИЛЛЯРНО-ХОРДАЛЬНОГО
АППАРАТА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ
ТЕТРАДЕ ФАЛЛО

Отмечающийся в последнее время значительный рост числа радикальных операций при врожденных пороках сердца—тетраде Фалло—приводит к необходимости дальнейшего изучения анатомо-топографических структур в полости правого желудочка в целях совершенствования хирургических приемов.

Ранее при изучении сердца обращалось внимание на особенности выходного отдела правого желудочка, локализации дефекта межжелу-