

Таким образом, проведенное исследование показало, что интенсивность кровоснабжения некоторых отделов сердца неравнозначна. Поглощение изотопа стенкой желудочков интенсивнее, чем стенкой предсердий, что связано с более высокой функциональной активностью желудочков в осуществлении общей гемодинамики.

Днепропетровский медицинский институт

Поступила 22/IX 1983 г.

Վ. Ա. ԿՈՋԼՈՎ, Վ. Դ. ՄԻՇԱԼՈՎ

ՀԵՆԵՐԻ ՍՐՏԻ ՊՍԱԿԱԶԵՎ ԱՐՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱՌՈՒԹՅԱՆ ՌԱԴԻՈԻՋՈՏՈՊԱՅԻՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒՄԸ

Ա. մ. փ. n. փ. n. i. մ

Ուսումնասիրված է սրտի տարբեր բաժինների արյան մատակարարումը ռադիոիզոտոպային մեթոդի օգնությամբ: Հաստատված է անհամաչափ արյունամատակարարում փորորեններում և նախասրտերում պապիլյար-տրարեկուլյար ապարատում և փորորի սեփական պատում:

V. A. Kozlov, V. D. Mishalov

Radioisotopic Investigation of the Coronary Blood Circulation of the Dog's Heart

S u m m a r y

By means of the radioisotopic methods the blood supply of the heart different sections was investigated. The uneven blood supply of the ventricles and auricles, papillary—trabecular apparatus and the ventricular wall was revealed.

УДК 616.12—007—089.844—089.168.2.

М. М. МАХМУДОВ, И. А. ЮРЛОВ

АНОМАЛИЯ ЭБШТЕЙНА, СОЧЕТАЮЩАЯСЯ С ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И ЕЕ РАДИКАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ С ХОРОШИМ ОТДАЛЕННЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ

Аномалия Эбштейна встречается, как правило, в изолированном виде. Однако в литературе есть сообщения о 9 случаях аномалии в сочетании с дефектом межжелудочковой перегородки, где была выполнена одномоментная коррекция обоих пороков.

По данным клинического и патологоанатомического исследований в 27% из всех случаев аномалии Эбштейна имелся сопутствующий дефект межжелудочковой перегородки. На материале ИССХ им. А. Н. Бакулева подобное сочетание выявлено в 2 (2%) случаях.

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), сопутствующий аномалии Эбштейна, бывает обычно небольших размеров—в большинстве из сообщенных случаев его диаметр не превышал 0,2—0,6 см. Толь-

ко в 4 наблюдениях, а также в нашем случае его диаметр был больше 1 см. Как правило, при аномалии Эбштейна, ДМЖП располагается в мышечной ее части; высокий мембранозный дефект наблюдается крайне редко. Нередко ДМЖП бывает «прикрытым» смещенной и распластанной на межжелудочковой перегородке септальной створкой или папиллярными мышцами. При аномалии Эбштейна, из-за смещения септальной створки трикуспидального клапана, сопутствующий высокий мембранозный ДМЖП может приводить к своеобразному левожелудочково-правопредсердному сообщению.

Выраженные гемодинамические нарушения, свойственные аномалии Эбштейна, еще более углубляются при наличии сопутствующего ДМЖП. Так, увеличивается объем регургитации через трикуспидальный клапан, нарастают систолический и диастолический объемы правого желудочка. С другой стороны, наличие ДМЖП влияет «благоприятно» на миокард правого желудочка, особенно атриализованной части, вызывая ее рабочую гипертрофию. Давление в полости правого желудочка в таких случаях не превышает обычно 70 мм рт. ст., т. е. высокой легочной гипертензии не наблюдается, как это было в нашем случае.

Сопутствующий аномалии Эбштейна ДМЖП приводит к изменению классической картины порока. Так, вместо мягкого дующего слабого систолического шума и 3- или 4-членного ритма, столь характерных для аномалии Эбштейна, при наличии ДМЖП выслушивается грубый интенсивный систолический шум, II тон бывает усилен. Не типичны для аномалии Эбштейна и ЭКГ изменения: к признакам гипертрофии и перегрузки правых отделов сердца присоединяются изменения, указывающие на заинтересованность левых отделов. Рентгенологически, несмотря на наличие классической формы сердца в виде шара, характерной для аномалии Эбштейна, наблюдается усиление легочного рисунка, выбухание дуги легочной артерии. Все эти изменения ведут к дифференциально-диагностическим затруднениям, и поэтому больные нередко оперируются с диагнозом ДМЖП, а аномалия Эбштейна выявляется интраоперационно, как это было и в нашем наблюдении. Иногда ДМЖП выявляется во время радикальной коррекции аномалии Эбштейна. Поэтому, чтобы избежать диагностической ошибки, больным с аномалией Эбштейна и признаками, не укладывающимися в классическую картину порока, кроме ангиокардиографии из правых предсердия и желудочка, необходимо выполнять левую вентрикулографию.

Наличие резко смещенной и гипоплазированной перегородочной створки, а также расширенного фиброзного кольца при аномалии Эбштейна позволяют устранить сопутствующий ДМЖП чрезпредсердным доступом, что предпочтительней. Однако при низких мышечных дефектах и, особенно, когда они частично «прикрыты» папиллярными мышцами или створкой, удовлетворительная экспозиция дефекта достигается только через вентрикулотомический доступ. В нашем наблюдении дефект был прикрыт хордальными нитями и папиллярными мышцами,

и поэтому пришлось прибегнуть к вентрикулотомии и иссечению подклапанных структур для создания удовлетворительной экспозиции. Обычно дефекты, сопутствующие аномалии Эбштейна, щелевидные, и их легко удается ушить. Но высокие мембранозные дефекты бывают больших размеров, что требует их пластического закрытия.

Таким образом, сложные формы аномалии Эбштейна, сочетающиеся с ДМЖП, имеют свои характерные особенности. Правильная диагностика в этих случаях возможна лишь при выполнении ангиокардиографии из правого предсердия и желудочка, что позволяет выявить наличие аномалии Эбштейна, а левая вентрикулография устанавливает характер межжелудочкового сообщения. Радикальная хирургическая коррекция сочетания аномалии Эбштейна с ДМЖП должна быть одномоментной.

Институт сердечно-сосудистой хирургии
им. А. Н. Бакулева

Поступила 4/V 1983 г.

Մ. Մ. ՄԱԽՄՈՒԴՈՎ, Ի. Ա. ՅՈՒՐԼՈՎ

ԷԲՇՏԵՅՆԻ ԱՆՈՄԱԼԻԱՆ, ԶՈՒԳԱԿՅՎԱԾ ՄԻՋՓՈՐՈՔԱՅԻՆ ՄԻՋՆԱՊԱՏԻ
ԴԵՖԵԿՏՈՎ ԵՎ ՆՐԱ ԱՐՄԱՏԱԿԱՆ ՇՏԿՈՒՄԸ ԼԱՎԱԳՈՒՅՆ
ՀԵՌԱԿԱ ԱՐԴՅՈՒՆՔՈՎ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հոգնածում նկարագրված է միջփորոքային միջնապատի ղեֆեկտով զուգակցված էրշտեյնի անոմալիայի մի դեպք: Կատարված է զույգ արատների շտկում լավագույն հեռակա արդյունքով:

M. M. Makhmudov, I. A. Yurlov

Ebstein Anomaly Combined With the Ventricular Septal Defect and its Radical Operation With Good Remote Results

S u m m a r y

The case of the Ebstein anomaly, combined with the ventricular septal defect as described in the paper, when the correction of both defects has been carried out with positive remote results.

УДК 616.441—006.5—06:617.7—612.13

Ю. В. ЯНКАУСКЕНЕ

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ГЛАЗ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ
С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И БЕЗ НЕЕ

Вопрос о взаимоотношении кровоснабжения глаз и сердечной деятельности изучен недостаточно.

В связи с этим мы поставили перед собой задачу изучить гемодинамику глаз у больных тиреотоксикозом в зависимости от деятельности