

ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԵՆՍԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԵՐԸ ՀԱՅ ՄԻՋՆԱԴԱՐՅԱՆ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ
ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Միջնադարի ականավոր հայ բժիշկ Մխիթար Հերացու (12-րդ դ.) աշխատանքներում հիվանդությունների էթիոլոգիայի, պաթոգենեզի, ախտորոշման և բուժման հարցերում մեծ նշանակություն է արվում ժամանակի ֆակտորին: Հիվանդությունների դասակարգումը անց է կացվում ժամանակակից սարանական տեսանկյունից:

G. M. Avetissian, N. L. Aslanian, N. A. Lukyanova

The Problems of Chronobiology in the Works of Medical Men of
Medieval Armenia

S u m m a r y

The problems of chronobiology have been studied in the works of the famous scientist of medieval Armenia Mkhitar Heratsi (XII c.) According to his work the time factor has a significant role in the etiology, pathogenesis and treatment of the diseases. The classification of the diseases is carried out by him from the chronobiological point of view.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Базарон Э. Г. Тезисы докл. на Всесоюзной конференции. М., 1981, 33. 2. Гил-пократ. Избранные книги. М., 1936, 3. 3. Мхитар Герацци. Утешение при лихорадках, Ереван, Айастан, 1968. 4. Оганесов Л. А. Труды Кавказского медицинского общества. Тифлис, 1913. 5. Оганесян Л. А. Медицина Армении с древних времен до наших дней. Т. 1—5. Ереван, АН АрмССР, 1946. 6. Mairan M. De. Hist. Acad. Sci., Paris, 1729, 35.

УДК 616.12—007.2—053.1—073.75

К. А. КЯНДАРЯН, С. В. ГУРГЕНЯН

ШУМОВАЯ КАРТИНА РАЗЛИЧНЫХ АНАТОМО-
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ АНОМАЛИИ ЭБШТЕЙНА

В последние годы интерес к аномалии Эбштейна (АЭ) значительно возрос. Отечественная литература располагает 1/4 всех диагностированных и 1/3 оперированных в мире случаев АЭ [1—30]. В распознавании ее важное место принадлежит звуковой диагностике, ряд вопросов которой, однако, еще окончательно не решен, многие описания основаны на небольшом материале, а литературные сведения не отражают всего многообразия простых и сложных форм АЭ. Цель нашей работы—определить критерий звуковой диагностики различных типов АЭ и сопутствующих поражений.

Материал и методика. Нами изучены данные о звуковой картине заболевания у 900 из 1230 больных АЭ: у 670 из 1000, описанных в 40 странах, и у 230, исследованных в ряде центров СССР. Диагноз АЭ последних был подтвержден при 130 зондированиях, 169 ангиокардиографиях, 153 операциях (у 117 больных, в том числе у 91—с радикальной коррекцией) и 47 вскрытиях. Динамическое ФКГ наблюдение в сроки от 2—3 недель до 20 лет проведено у 82 больных 246 раз. Всего у 195 больных сделано 360 ФКГ, из них у 97 нами повторно изучены 132 ФКГ. Возраст больных—от 10 дней до 38 лет (при повторных наблюдениях—и 58 лет). До 16 лет было 132 больных, из них до 1 года—8. Больных мужского пола—117, женского—113.

Результаты исследований. Поскольку АЭ проявляется в виде трикуспидального стеноза (ТС), трикуспидальной недостаточности (ТН) или их сочетаний, то интересно сравнение их ФКГ картины с таковой при приобретенных трикуспидальных пороках. Однако последние обычно сочетаются с митральным или митрально-аортальным пороком с легочной гипертензией, а АЭ характеризуется гиповолемией и гипотензией в ЛА.

Изменения I тона, особенно его трикуспидального компонента—I б тона,—обусловлены нарушением гемодинамики и сократительной функции миокарда (СФМ). Амплитуда I тона над верхушкой нормальная (37,4%), усиленная (27,7%)—при ТС (высокочастотный тон «паруса»), ослабленная (34,9%) за счет I б тона при сращении створок ТК между собой и с правым желудочком (ПЖ), при снижении СФМ I тон расширен ($0,09 \pm 0,003$ с), часто при ТС, расщеплен (32,8%) из-за БПНПГ, смещения ТК. Частота его колебаний 80—100 Гц. Промежуток Q—I тон удлинён. Амплитуда II тона была нормальной (33,8%) при небольшом смещении ТК; уменьшенной (52,3%) из-за понижения СФМ, ударного объема и давления ПЖ, сужения устья ЛА; усиленной (13,8%)—за счет II а тона. Длительность II тона— $0,074 \pm 0,002$ с, частота колебаний 100—200 Гц, расщепление выявлено в 58,7%.

III тон ($80 \pm 2,5$ Гц) обнаружен в 42,1%, чаще у молодых. При его расщеплении выявляются лево-правожелудочковые компоненты. IV тон ($78 \pm 6,4$ Гц) отмечен в 49,7%, чаще у молодых. Его эпицентр над верхушкой и в IV—V мр слева. С улучшением состояния он может исчезнуть, с ухудшением—усилиться. В 36,3% он сочетается с III тоном. Многочленные ритмы найдены на ФКГ в 69,7% (3-членный—в 34,4%, 4-членный—в 35%). При расщеплении I—II тонов и наличии III—IV тонов в 15—17% возникают 5—6-членные ритмы.

Систолический щелчок (15%) появляется через 0,06—0,10 с после I тона, часто при парусообразной створке ТК. **Ранний диастолический щелчок открытия ТК** (60—80 Гц) появляется в 66% через 0,04—0,06 с после начала II р тона, чаще при АЭ с ТС.

Шумовая картина АЭ весьма многообразна. **Систолический шум**—наиболее частая находка при АЭ (94,4%). Однако все попытки выделения одного, характерного для АЭ шума несостоятельны, так как АЭ

имеет различные анатомо-функциональные типы, сопутствующие поражения и изменения СФМ. «Немые» формы АЭ отмечены в 5,6%.

Этой рабочей классификацией СШ мы пользовались при определении различных анатомо-функциональных типов АЭ. Подразделение ТН при АЭ, как и при других пороках, на органическую и функциональную весьма условно. При I форме, наряду с деформацией и смещением ТК, происходит резкое растяжение правого венозного кольца и присоединение к клапанной ТН и ее относительной недостаточности. При II форме часто наблюдаются морфологические изменения. Дальнейшее ухудшение СФМ увеличивает степень относительной ТН, относительного сужения устья ЛА.

Таблица 1

Классификация систолических шумов (СШ) при АЭ

Характер СШ	Анатомо-функциональный тип АЭ
Регургитационный трикуспидальный СШ	Органическая трикуспидальная недостаточность
Функциональный трикуспидальный СШ	Относительная ТН
СШ изгнания ЛА	Органическое клапанное сужение устья ЛА: сужение в области конуса ПЖ, вызванное сместившимися створками ТК
Функциональный СШ изгнания над ЛА	Относительное сужение устья ЛА, часто сочетающееся с ДМПП
Сочетание регургитационного трикуспидального шума с СШ изгнания над ЛА	Клапанная или относительная ТН+ клапанное или относительное сужение устья ЛА
Сочетание СШ с диастолическими шумами (ДШ)	Сочетание органической или относительной ТН с клапанным или относительным ТС
СШ при сочетании АЭ с другими пороками сердца	Сочетание АЭ с ДМПП, ДМЖП, коарктацией аорты, общим П-Ж каналом, митральной недостаточностью и др.
Регургитационный трикуспидальный СШ при "левосторонней" АЭ.	Органическая ТН при смещении створок артериального трикуспидального клапана на фоне исправленной транспозиции больших сосудов.

Регургитационный трикуспидальный СШ встречается в 61%, чаще над верхушкой и в III—IV мр слева (52,1—35,3%) и реже—над грудной и справа от нее (11,8—0,8%). Резкое увеличение правого сердца, поворот его влево, смещение ТК к верхушке или конусу ПЖ ведет к смещению эпицентра СШ и его зоны распространения влево. Оно бывает 3 степеней: I ст. (при умеренной ТН и небольшом смещении ТК)—эпицентр СШ в V мр слева от грудины, с распространением до середины грудины или ее правого края; II ст. (при выраженном смещении ТК, резкой ТН, большом увеличении ПП и ПЖ)—эпицентр СШ в V мр между грудной и среднеключичной линией, с проведением до грудины; III ст. (при резком увеличении сердца, ТН и смещении ТК)—эпицентр СШ в V мр по левой среднеключичной линии с зоной распространения от подмышечной линии до грудины по IV—V мр. Тембр СШ и его интенсивность (от грубого до нежного, от слабого до интенсивного, от короткого до длительного, занимающего начало и/или всю систолу) зависят от степени регургитации и СФМ. Чаще (69,1%) отмечается пансистолический шум (100—700 Гц), тотчас после I б тона на всю систолу, с

затуханием ко II тону. Реже он прото-мезосистолический (33%). СШ усиливаются при пробе Риверо Карвалло. Мы выделяем также «ложную» ТН, когда при систоле большого предсердного отдела ПЖ кровь попадает в ПП, минуя ТК, хотя и дает на кривой его давления волну регургитации.

СШ изгнания над ЛА встречается в 45,6% (200—500 Гц). Он формы ромба или веретена, с пиком во второй половине систолы, захватывая и II а тон (сужение устья ЛА). При сужении конуса ПЖ, вызванном сместившимися створками ТК, СШ начинается раньше, с пиком в первой половине систолы, и кончается до II а тона. Трикуспидальный регургитационный СШ в 15,4% сочетается с более грубым, скребущим, интенсивным СШ изгнания над ЛА.

Систоло-диастолический шум при АЭ встречается в 30,3%: при сочетании ТС (диастолический шум) с ТН (регургитационный СШ) или с сужением устья, конуса ЛА (СШ изгнания). *СШ сопутствующих пороков* (ДМПП, ДМЖП и др.) имеют свои особенности.

Диастолические шумы (ДШ) при АЭ обусловлены ТС. Эпицентр ДШ чаще над верхушкой (35,2%) в III—IV—V мр слева (в 9—35—13%) и реже—над грудиной (7,4%). При АЭ мы различаем 3 степени: смещения эпицентров ДШ влево: I ст. (при умеренном увеличении ПП и ПЖ)—эпицентр ДШ в V мр слева от грудины с распространением до среднеключичной линии; II ст. (при резком увеличении ПП и ПЖ)—эпицентр ДШ между грудиной и верхушкой с распространением по IV—V мр от грудины до передней подмышечной линии; III ст. (при резкой кардиомегалии)—эпицентр ДШ по левой среднеключичной линии с распространением до средней подмышечной линии.

При АЭ мы отмечаем протодиастолический шум (у 16,9% больных с ДШ)—короткий, низкой частоты (70—150 Гц), появляется после II р тона или через 0,08—0,13 с, длится 0,08—0,18 с; мезодиастолический шум (20,7%), который возникает через 0,10—0,20 с после II р тона, длится 0,11—0,20 с; поздний пресистолический шум (59,3%), появляется за 0,05—0,06 с до I тона, сливается с ним, небольшой амплитуды, и голодиастолический шум (3,5%). ДШ при АЭ усиливаются на вдохе.

Таким образом, дифференцированное изучение звуковой картины различных анатомо-функциональных типов АЭ позволяет правильно их диагностировать, определять СФМ, сопутствующие поражения, показания к консервативному и хирургическому лечению, наблюдать за его результатами.

Институт кардиологии МЗ АрмССР

им. Л. А. Оганесяна

Поступила 15/V 1985 г.

Կ. Ա. ՔՅԱՆԻԱՐՅԱՆ, Ս. Վ. ԳՈՐԻՆՅԱՆ

ԻՐԵՏԵՅՆԻ ԱՆՈՄԱԻԱԶԻ ՏԱՐԲԵՐ ԱՆԱՏՈՄՈ-ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ
ԶԵՎԵՐԻ ԱՂՄԿԱՅԻՆ ՊԱՏԿԵՐԸ

Ա. մ. փ. ռ. փ. ռ. ի. մ.

Էրշտեյնի անոմալիայով տառապող 230 հիվանդների հետազոտման արձանագրության հիման վրա արված է նրա տարբեր անատոմո-ֆունկցիոնալ ձևերի և բազմաթիվ զուգակցվող ախտահարումների աղմկային պատկերի մանրամասն նկարագրությունը:

The Sound Picture of Different Anatomico-Functional Types of the Ebstein Anomaly

Summary

On the basis of the study of 230 patients the detailed description of the sound picture of different anatomico-functional types of the Ebstein anomaly and accompanying affections is given.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов Н. М. и др. Хирургия, 1968, 5, 17—24.
2. Амосов Н. М. и др. Грудн. хир., 1978, 2, 9—15.
3. Бокерия Л. А. и др. Грудн. хир., 1984, 5, 72—78.
4. Бураковский В. И. и др. Грудн. хир., 1984, 6, 5—10.
5. Бухарин В. А. и др. Там же, 1968, 5, 102—105.
6. Галанкин Н. К. и др. Экспер. хир., 1960, 2, 19—26.
7. Гельштейн Г. Г. Клинич. мед., 1960, 2, 129—133.
8. Зубарев Р. П. Аномалия Эбштейна. М., Медицина, 1975, 112.
9. Кяндарян К. А. Журн. экспер. и клин. мед., 1962, 4, 81—84.
10. Кяндарян К. А. В кн.: «Вопр. патол. кровообр. Ереван, 1966, 400—407.
11. Кяндарян К. А. и др. В кн.: «Недостаточность миокарда». Ереван, 1969, 225—259.
12. Кяндарян К. А. В кн.: «IX Всесоюзный съезд рентген. и радиол. М., 1970, 136—137.
13. Кяндарян К. А. В кн.: «Патол. и реабилит. кровообр. и газообмен в малом круге при врожд. пороках сердца». Новосибирск, 1970, 122—123.
14. Кяндарян К. А. В кн.: «Механизмы компенсации и уровень хирург. реабил. при пороках сердца». Новосибирск, 1, 106—108; 104—106.
15. Кяндарян К. А. В кн.: «Новые направления в электрокардиологии». Ереван, 1973, 117—118.
16. Кяндарян К. А. В кн.: «Кровоснабжение, метаболизм и функция органов при реконстр. опер.». Ереван, 1981, 58—60.
17. Кяндарян К. А. В кн.: «I съезд кардиологов Армении». Ереван, 1981, 151—153.
18. Кяндарян К. А. Метод. рекоменд. Ереван, 1981.
19. Малиновский Н. Н. Клин. мед., 1961, 4, 60—67.
20. Мешалкин Е. Н. и др. В кн.: «Хирург. тактика операций на органах кровообр.». Новосибирск, 1967, 280—292.
21. Подзолков В. П. и др. Грудн. хир., 1984, 5, 84—86.
22. Савельев В. С. Зондирование и ангиография при врожд. пороках сердца. М., Медицина, 1961, 238.
23. Сафонов Ф. Х. Автор. канд. дисс. М., 1969, 20.
24. Сидаренко Л. Н. и др. В кн.: «Совместный симпозиум США—СССР по врожденным порокам сердца», Вашингтон, 1973, 589—597.
25. Сидаренко Л. Н. и др. В кн.: «II советско-американский симпозиум по врожд. порокам сердца». М., 1976, 170—174.
26. Сидаренко Л. Н. и др. Кардиол., 1978, 7, 23—27.
27. Ситар Л. Л. Автор. докт. дисс., М., 1979, 31.
28. Соловьев Г. М. и др. Грудн. хир. 1966, 4, 3—11.
29. Шилов А. М. Автор. канд. дисс., М., 1966, 20.
30. Эдильян Л. Б. Автореф. канд. дисс. Ереван, 1970, 22.

УДК 616.12—008.1—036.12—08

Н. Н. ХУДАБАШЯН, О. А. МКРТУМЯН, М. А. ЕСАЯН, А. Ш. КАМАЛЯН,
Л. А. ПОГОСЯН, Л. Г. МУТАФЯН, А. С. БАБАЯН

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Клинический опыт показывает, что лечение сердечной недостаточности адекватными дозами гликозидов не всегда оказывается эффективным. Доказано, что рефрактерность к сердечным гликозидам может быть обусловлена не только изменением чувствительности миокарда к этим препаратам, но и нарушением экстракардиальной регуляции кро-