

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

С у м м а г у

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.

Л И Т Е Р А Т У Р А

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 реабил. 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-

вообращения, в частности изменением функционального состояния симпато-адреналовой системы. Более того, доказано, что существует прямая зависимость между падением сократительной способности миокарда и истощением в нем запасов катехоламинов, что ведет к активации симпато-адреналовой системы. В связи с этим встал вопрос о возможности использования препаратов, воздействующих на β -адренергические рецепторы (сбзидан, кордарон, финоптин и пр.) при лечении рефрактерных форм сердечной недостаточности. Вопрос этот мало изучен в клинике, но широко освещен в эксперименте [1—12].

Материал и методика. Мы применяли β -блокаторы в комплексе лечения больных с хроническим нарушением кровообращения (НК), для которых лечение препаратами группы гликозидов в сочетании с диуретиками оказалось неэффективным или малоэффективным. Обращает на себя внимание невыраженный хронотропный эффект гликозидов, несмотря на адекватность применяемых доз. Фоновым заболеванием у 19 больных был ревматический порок сердца, у 24—ИБС.

Таблица 1

Продолжительность фаз систолы левого желудочка и показатели сокращения сердца в сек при I и IIА стадиях ХНК до и после лечения β -блокаторами

Показатели	Должные	До лечения	После лечения	Достоверность различия
	M \pm m			P
Фаза асинхронного сокращения	0,059 \pm 0,001	0,078 \pm 0,002	0,072 \pm 0,002	<0,05
Фаза изометрического сокращения	0,033 \pm 0,001	0,050 \pm 0,0017	0,044 \pm 0,0017	=0,01
Период напряжения	0,089 \pm 0,001	0,128 \pm 0,0012	0,118 \pm 0,003	<0,02
Период изгнания	0,287 \pm 0,003	0,267 \pm 0,004	0,286 \pm 0,006	<0,002
Механическая систола	0,268 \pm 0,004	0,235 \pm 0,008	0,220 \pm 0,01	=0,02
Эл. механическая сист.	0,325 \pm 0,003	0,375 \pm 0,004	0,375 \pm 0,006	=0,002
Электрическая систола	0,329 \pm 0,007	0,363 \pm 0,008	0,342 \pm 0,008	<0,05
ВСП	87,0 \pm 0,9	88,62 \pm 2,1	80,00 \pm 2,1	=0,01
ИНМ	26,0 \pm 0,5	33,3 \pm 0,7	30,0 \pm 0,8	<0,5

Возраст больных ревматическими пороками сердца колебался от 19 до 54 лет, ИБС—от 36 до 62 лет. Женщин было 23, мужчин—20. Все больные были разделены на 2 группы с учетом степени НК по классификации Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко.

I группу составили 24 больных с ранними проявлениями сердечной недостаточности (I—IIА стадия). Во II группу вошли 19 больных с выраженными признаками НК (IIБ—III стадия). Диагноз основного заболевания определен на основании данных комплексного клинко-лабораторного исследования.

В комплексе лечения всем больным назначались сердечные гликозиды (строфантин, коргликон, изоланид, дигоксин), а также, по мере необходимости, диуретические средства.

После безуспешного лечения сердечными гликозидами на 4–5-й день, при сохранении клинических признаков сердечной недостаточности на фоне выраженной тахикардии (до 110–120 уд/мин), назначался в соответствующих дозах один из препаратов, блокирующих β -адренорецепторы (обзидан, кордарон, финоптин), влияющие на обмен катехоламинов в миокарде. Для объективной оценки результатов проводимой терапии изучалась в динамике до и после лечения сократительная способность сердечной мышцы методом поликардиографии по Блюмбергеру в модификации В. Л. Карпмана, а также гемодинамические показатели—радиоизотопными методами на радиоциркулографе НС-110 Н (ВНР).

Таблица 2

Продолжительность фаз систолы левого желудочка и показатели сокращения сердца в сек при IIБ–III стадии ХНК до и после лечения β -блокаторами

Показатели	Должные	До лечения	После лечения	Достоверность различия
	M \pm m			
Фаза асинхронного сокращения	0,059 \pm 0,01	0,087 \pm 0,003	0,074 \pm 0,003	>0,001
Фаза изометрического сокращения	0,033 \pm 0,0009	0,054 \pm 0,004	0,046 \pm 0,002	=0,05
Период напряжения	0,089 \pm 0,001	0,142 \pm 0,004	0,121 \pm 0,002	<0,001
Период изгнания	0,289 \pm 0,005	0,255 \pm 0,009	0,280 \pm 0,009	=0,05
Электрическая систола	0,330 \pm 0,006	0,339 \pm 0,01	0,337 \pm 0,008	<0,001
Механическая систола	0,278 \pm 0,002	0,267 \pm 0,004	0,261 \pm 0,006	>0,5
Эл. механ. систола	0,335 \pm 0,006	0,358 \pm 0,07	0,358 \pm 0,07	=0,05
ВСП	87,0 \pm 0,9	92,84 \pm 2,8	90,20 \pm 3,1	<0,5
ИНМ	26,0 \pm 0,5	38,8 \pm 1,1	34,4 \pm 0,8	>0,02

У всех больных определялись следующие гемодинамические параметры: сердечный выброс (СВ), общее легочное сопротивление (ОЛС), среднее легочное артериальное давление (СЛАД), скорость кровотока по малому кругу (СКМК), индекс минутной и ударной работы левого желудочка (МР и УР лж), объем циркулирующей крови (ОЦК) и др.

Результаты клинического наблюдения показали, что спустя 3–5 дней после подключения β -блокаторов в комплекс лечения больных с рефрактерностью к сердечным гликозидам отмечается видимое улучшение субъективных данных—урежение частоты сердечных сокращений, снижение интенсивности одышки, а также положительная динамика объективных признаков—уменьшилось количество влажных хрипов в легких, сократились размеры печени, исчезли периферические отеки. У больных ИБС, вместе с этим, купировались болевые ощущения в области сердца.

Наряду с улучшением общего состояния больных, наблюдались положительные фазовые сдвиги и улучшение показателей сокращения сердца (табл. 1, 2). Как видно из таблиц, ранее удлиненный период напряжения укорочен за счет небольшого укорочения асинхронного и изо-

метрического сокращения. Кроме того, укороченный период изгнания удлинился и при I—IIA стадиях НК почти соответствует должному. Отмечается также удлинение продолжительности механической, общей и электрической систолы левого желудочка. Соответственно фазам систолы изменялись и показатели сокращения сердца ВСП (внутрицистический показатель) и ИНМ (индекс напряжения миокарда).

Полученные изменения фазовой структуры сердечного цикла до лечения больных при различных стадиях НК являются признаком функциональной недостаточности миокарда.

Положительная динамика этих изменений у больных с I, IIA стадией НК свидетельствует об улучшении сократительной функции миокарда под действием лечения. Малая эффективность применяемых средств у больных IIB—III стадий НК является отражением глубоких и необратимых изменений, происходящих в миокарде.

У больных I группы гемодинамические показатели колеблются в пределах нормальных величин. Однако значительным изменениям подвергается легочное кровообращение как до, так и после лечения. Так, СЛАД в среднем составляло $22,9 \pm 1,06$ мм рт. ст., после лечения— $18,2 \pm 1,2$; ОСЛ до лечения— $151 \pm 3,5$ дин сек. см⁻⁵, после лечения— $148 \pm 5,6$.

У больных II группы гемодинамические изменения были более выражены, чем у больных I группы. После лечения заметно урежается ЧСС, в связи с этим увеличивается СВ. Значительно разгружается малый круг кровообращения—ОСЛ до лечения в среднем составляло $199 \pm 14,56$ дин сек. см⁻⁵, после лечения— $146,8 \pm 28,22$. Улучшается насосная функция сердца, свидетельством чего является увеличение индексов ударной и минутной работы левого желудочка.

Таким образом, наши исследования показали, что комбинированная терапия гликозидами и β -блокаторами весьма эффективна и целесообразна в клинической практике.

Институт кардиологии МЗ АрмССР
им. Л. А. Оганесяна

Поступила 15/V 1985 г.

Ն. Ն. ԽՈՒԴԱՐԱՇԱՆ, Օ. Ա. ՄԿՐՏՈՒՄՅԱՆ, Մ. Ա. ԵՍԱՅԱՆ,
Հ. Շ. ՔՍՄԱՀԱՆ, Լ. Ա. ՊՈՂՈՍՅԱՆ, Լ. Գ. ՄՈՒԹԱՅԱՆ, Ա. Ս. ԲԱՐԱՅԱՆ

ՄՐՏԱՅԻՆ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Մեր հետազոտությունները ցույց են տալիս սրտային զլիկոզիզների և β -բլոկատորների զուգակցված բուժման արդյունավետությունը և նպատակահարմարությունը արյան շրջանառության խրոնիկական խանգարմամբ հիվանդների մոտ, հատկապես սրտային զլիկոզիզների նկատմամբ նրա ակֆրակտերոլիան դեպքում:

Treatment of Chronic Cardiac Insufficiency

С у м м а г у

Our investigations show the effectiveness and expediency of the combined therapy by glycosides and B-blocking agents of the patients with chronic cardiac insufficiency, particularly in its refracterness to cardiac glycosides.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ахметова Б. Х. В кн.: «Этиология, патогенез и лечение сердечной недостаточности», Оренбург, 1978, 14—18.
2. Браунвальд Е., Росе Дж., Зоненблик Е. М. Механизм сокращения сердца в норме и при недостаточности. М., 1974.
3. Зейцлер Н. И., Кудрин А. Н. Кардиология, 1975, 5, 150—157.
4. Казанская А. И., Киселева З. М., Мухарлямов Н. М. Бюллетень Всесоюзного кардиологического научного центра АМН СССР, 1980, 1, 60—66.
5. Корочкин И. М., Оганов Р. Г., Виноградова И. В. и др. Кардиология, 1972, 11, 45—51.
6. Мареев В. Ю. Бюлл. Всесоюзного кард. научного центра АМН СССР, 1980, 1, 117—122.
7. Меерсон Ф. З., Пиенникова М. Г., Погосян Л. А. В кн.: «Механизм кардиотонического действия сердечных гликозидов». Л., 1968, 213.
8. Мухарлямов Н. М. Бюлл. Всесоюзного кардиологического научного центра АМН СССР, 1981, 1, 3—7.
9. Перчикова Г. Е., Цибекмахер Т. Д. Кардиология, 1967, 8, 31—38.
10. Эвильтис А. А. Кардиология, 1982, 9, 66—68.
11. Tomamatzu T. Sur. Circulat. 1971, 35, 979—983.
12. Waagstein E., Hjalmarson A. et al. Brit. Hearts 1975, 37, 1022—1036.

УДК 616.12—005.4—073.97

Л. С. ОГАНЕСЯН, Н. Х. ГРИГОРЯН, Л. Б. ЭДИЛЯН, И. С. СТЕПАНЯН,
Ш. Г. МАРТИРОСЯН, Р. М. МЕЙТАРДЖЯН, И. Г. БАГРАМЯН

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕГУЛЯЦИИ ЗУБЦА R В ОПРЕДЕЛЕНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ СЕРДЦА (велозергометрическое исследование)

Настоящая работа посвящена раннему выявлению дисфункции левого желудочка у больных хронической ИБС.

У 177 больных проведено ВЭМ исследование по унифицированным критериям ВОЗ [23], дополненным ВКНЦ. У всех больных в состоянии физиологического покоя на ЭКГ были изменения конечной части желудочкового комплекса, характерные для хронической ИБС. Функция левого желудочка оценивалась по ЭКГ сдвигам [1, 2, 5, 9, 17] и основным параметром физической переносимости сердца [16].

При велозергометрии особое внимание обращали на изменения биоэлектрической активности сердца, в частности, на изменение амплитуды зубца R.

По функциональной классификации хронической ИБС, разрабо-