

Ա. Տ. ՍԻՄՈՆՅԱՆ, Օ. Հ. ՆԱՆԱԳՅՈՒՆՅԱՆ

ԷԼԵԿՏՐԱԳԱՍՏՐՈԳՐԱՖԻԿ ԷԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ
ԽՈՅԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ, ՍՈՒՊԵՐ ԵՎ ՍՈՒՊԱՅԻԳ
ԳԱՍՏՐԻՏՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ
(նախնական տվյալներ)

Վերջին տարիներին, որպես ստամոքսի մոտոր ֆունկցիայի բրոշման ֆիզիոլոգիական գրառման մեթոդ, մեծ տեղ է տրվում էլեկտրագաստրոգրաֆիկ ըննությանը: Առաջարկված մի շարք էլեկտրագաստրոգրաֆիկ մեթոդներից ամենից ընդունելին Սոբակինի կողմից առաջարկված մեթոդն է, որը գրի է առնում ստամոքսի բիոհոսանքը: Նշված մեթոդը թույլ է տալիս անալիզի ենթարկել ստամոքսի ռեակցիան տարբեր սննդային գրգռիչների նկատմամբ: Այս մեթոդի առավելությունը կայանում է նրանում, որ ստամոքսը զոնդ չի մտցվում, որը նույնպես իր հերթին կարող է առաջացնել ավելորդ, անցանկալի սլաթոլոգիկ ռեակցիա:

Հստ Մ. Ա. Սոբակինի տվյալների (26 առողջ մարդու մոտ) էլեկտրագաստրոգրամում գրի առնված պատկերում ատամիկների բարձրությունը չի անցնում 0,3 mV-ից, իսկ ռիթմը 1 րոպեում հավասար է 3 տատանման, որը համընկնում է մյուս հեղինակների տվյալներին: Մեր տվյալներով (15 առողջ մարդու մոտ) նույնպես ստացվել է նմանօրինակ պատկեր:

Հեղինակները առանձնացրել են նորմալ էԳԳ-ի 2 տիպ: Մի խմբում ատամիկները տատանվել են 0,2—0,28 mV, իսկ մյուս խմբում՝ 0,48—0,75 mV: Առաջին խմբի տվյալները համընկնում են Սոբակինի կողմից առաջարկված նորմալ էԳԳ-ի տվյալներին: Մեզ մոտ հիմնականում ստացվել է 0,2—0,3 mV ատամիկի բարձրացում:

ԷԳԳ կատարելիս անհրաժեշտ է հաստ աղիքը դատարկել բնական ձևով, հակառակ պարագայում կարելի է կատարել մաքրող հոգնա: Մինչև ստամոքսի մոտորիկայի գրի առնումը հիվանդին տրվում է նախաճաշ՝ 100—150 գրամ սպիտակ հաց, 1 բաժակ քաղցր թեյ. 30—40 րոպեից հետո գրի է առնվում ստամոքսի մոտորիկան: Դրա համար հիվանդին պառկեցնում են մեջքի վրա, ապա փորի միջին գծի շրջանում, թրածև ելուստից մի քանի սանտիմետր ներքև դնում էլեկտրագաստրոգրամի դիֆերիտ էլեկտրոդը, որը, համաձայն ռենտգենյան հետազոտման տվյալների, համընկնում է ստամոքսի պիլորոտանտրալ պրոեկցիային: Եվ այսպես գրի է առնվում ստամոքսի մոտոր ֆունկցիան 40—60 րոպեի ընթացքում: ԷԳԳ ապարատը գրի է առնում էլեկտրագաստրոգրամի արագ տատանումները, որոնք անդրադառնում են նրա մոտոր գործունեության վրա:

ԷԳԳ-ի ատամիկների ռիթմը առողջ մարդկանց մոտ հիմնականում կայուն է և, որպես կանոն, համապատասխանում է ստամոքսի պիլորոտանտրալ մասի 3 կծկմանը (1 րոպեում), իսկ ինչ վերաբերում է ատամիկների բարձրությանը, ապա այստեղ նշվում է 3 հիմնական տարբերակ:

Ինչպես գրականության տվյալներում (59-ից 39-ի մոտ), այնպես էլ մեր ստացած տվյալներում (15-ից 10-ի մոտ), ատամիկների բարձրությունը առողջ մարդու մոտ տատանվել է 0,2—0,4 mV, որը համընկնում է Սոբակինի տրվյալներին:

Այն փաստը, որ ստացված տվյալները բնորոշ են առողջ մարդկանց ստամոքսի մոտորիկայի հավասարակշռությանը, հաստատվում է հիվանդ մարդկանց մոտ դինամիկ հետազոտության ժամանակ ստացված արդյունքներով: Համապատասխան բուժումից հետո, երբ հիվանդների ճնշող մասի մոտ ցավերը մեղմացել են, թուլացել է նաև հիպերկինետիկ վիճակը, կանոնավորվել է մոտորիկան, ստացվել է ատամիկների այնպիսի բարձրացում, որը բնորոշ է առողջ մարդու ստամոքսին:

Ինչպես գրականության, այնպես էլ մեր տվյալներով, առողջ մարդու մոտ ստացվել է 3 տիպի էԳԳ-ի պատկեր. 1-ին՝ նորմոկինետիկ, 2-րդ՝ հիպերկինետիկ, 3-րդ՝ հիպոկինետիկ: Բացի այդ, նշանակություն ունի նաև բիոպոտենցիալների բնույթը. պիլորոտանտրալ մասի և այդ կորագծի վրա երբեմն որոշվում է տատանումների ծագումը (ավելի արագ կամ դանդաղ):

էԳԳ-ի վրա ազդում են նաև այլ պատճառներ՝ ներոպսիխիկ, էմոցիոնալ, ինչպես նաև՝ ծխելը:

Նիկոտինը հատկապես ազդում է աղեստամոքսային տրակտի մոտորիկայի վրա: Գրականության մեջ նշված է, որ 7 հոգու մոտ, երբ գրանցվել է էԳԳ, որը եղել է հիպերկինետիկ ձևի, նշված գործոնները ոչ մի ազդեցություն չեն թողել: Մի շարք հեղինակներ ենթադրում են, որ ստամոքսի շարժման ուժեղացումը, հատկապես երիտասարդների մոտ, հանդիսանում է հաճախ նկատվող ունակություն՝ որպես վեգետատիվ համակարգության անբավարարության արտահայտություն:

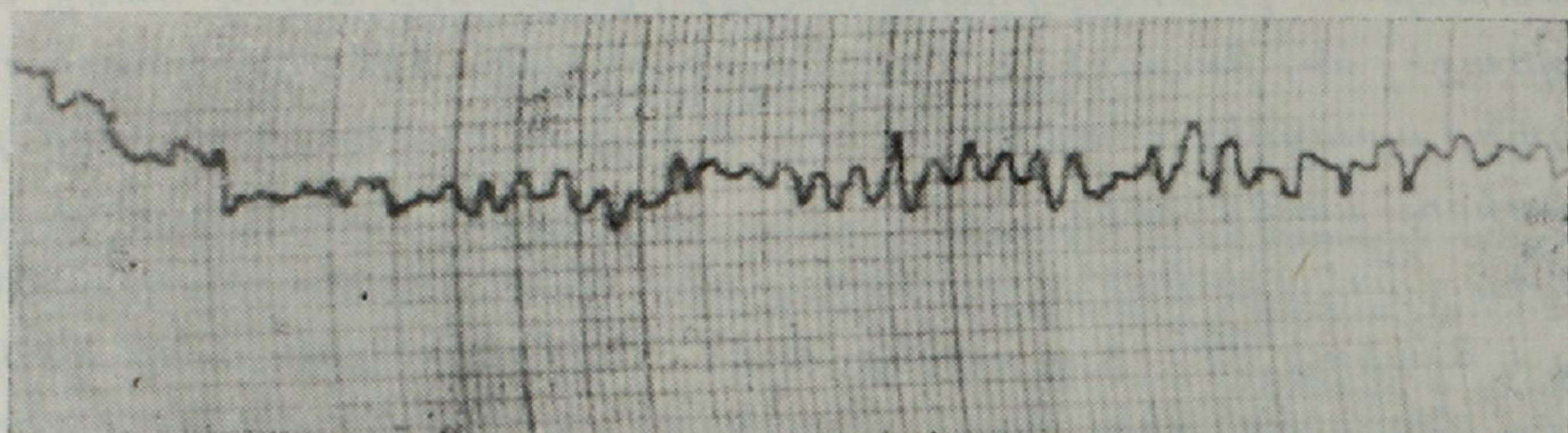
Միաժամանակ անհրաժեշտ է նշել, որ ստամոքսի ելքային մասի պերեստալտիկայի ուժեղացումը առողջ մարդկանց մոտ, որպես օրենք, չի հասնում պաթոլոգիկ թվերի և էԳԳ ատամիկները սովորաբար 0,6—0,7 mV-ից չեն բարձրանում:

Գրականության մեջ կան բազմաթիվ տվյալներ այն մասին, որ առողջների մոտ ստամոքսի ֆունկցիան տալիս է բազմապիսի տատանումներ, և որ այդ տատանումները մեծ մասամբ վերաբերում են ստամոքսի սեկրետոր ֆունկցիային (Ա. Գ. Ղուկասյան, Կ. Լ. Բումաժնայա, Ն. Ի. Կովալև և ուրիշներ):

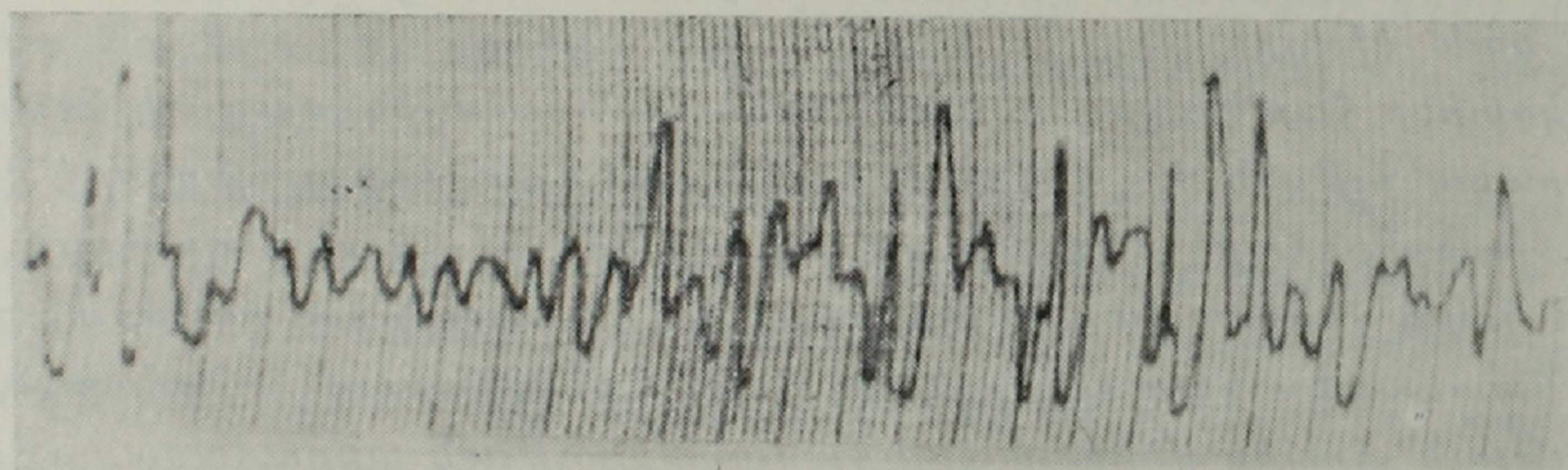
Ինչ վերաբերում է ստամոքսի մոտոր ֆունկցիայի գործունեությանը, ապա համաձայն Ս. Բ. Կորոստովցևի տվյալների, հանդիպում է 3 տիպի մեխանոգաստրոգրամ՝ հանգիստ-ռիթմիկ, բավարար-գրգռված, ռիթմիկ-աստենիկ:

Ինչ վերաբերում է էԳԳ ցուցչի և հյուսթազատության փոխհարաբերությանը, ապա խրոնիկական գաստրիտների, ինչպես նաև խոցային հիվանդությունների ժամանակ ստամոքսի հյուսթազատման և մոտորիկայի միջև օրինաչափություն չի նկատվում: Բայց մեծ մասի մոտ, ինչպես խրոնիկական գաստրիտի, այնպես էլ խոցային հիվանդության ժամանակ, հաճախ, երբ առկա է եղել սուպերացիդ վիճակը, նկատվել է հիպերկինետիկ էԳԳ-ի պատկեր: Եղել են դեպքեր (5 հիվանդի մոտ), երբ ստացվել է հակառակ պատկեր: Սուպացիդ գաստրիտով տառապողների մոտ ստացվել է հիպերկինետիկ, անզամ՝ գրգռվող պատկեր:

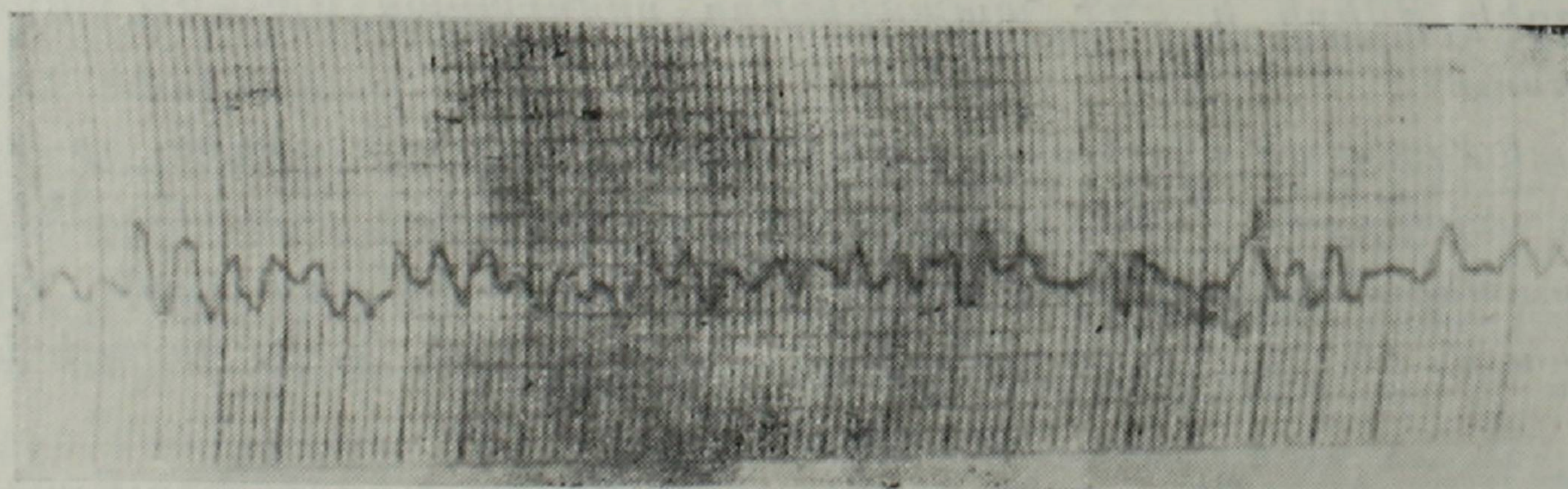
էԳԳ տվյալներով մենք հետազոտել ենք աղեստամոքսային տրակտի հիվանդությամբ տառապող 32 հիվանդների, որոնցից 14-ը խոցային հիվանդությամբ տառապող հիվանդներ են: Նրանցից 10-ի մոտ առկա է եղել ուժեղ ցավային սինդրոմը և սուպերացիդ վիճակը: Հիվանդների մոտ կատարվել է կլինիկական ընդհանուր հետազոտություն, ինչպես նաև՝ աղեստամոքսային տրակտի ռենտգենլուսավորում, ստամոքսահյուսվածքի դինամիկ-ֆրակցիոն քրոնություն:



Նկ. 1. ԷԳԳ պատկերն առողջ մարդու մոտ. նորմոկլինետիկ ձևը:



Նկ. 2 ԷԳԳ պատկերը խոցային հիվանդության ժամանակ, բուժումից առաջ:

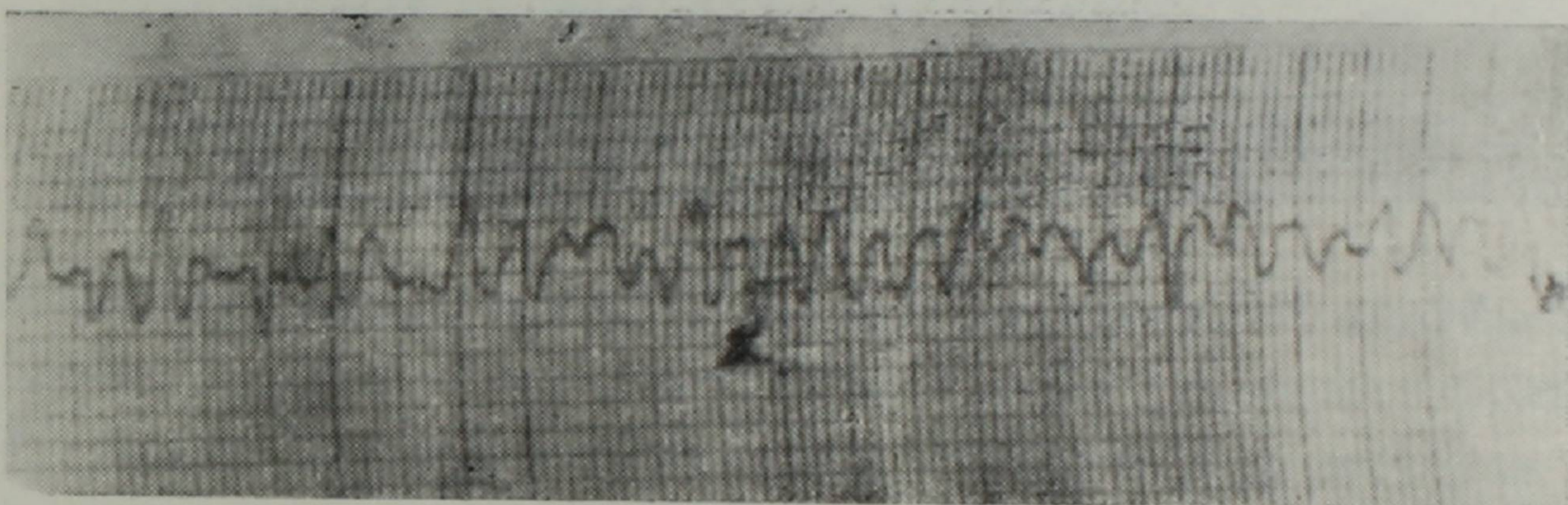


Նկ. 3. ԷԳԳ պատկերը խոցային հիվանդության ժամանակ, բուժումից հետո:

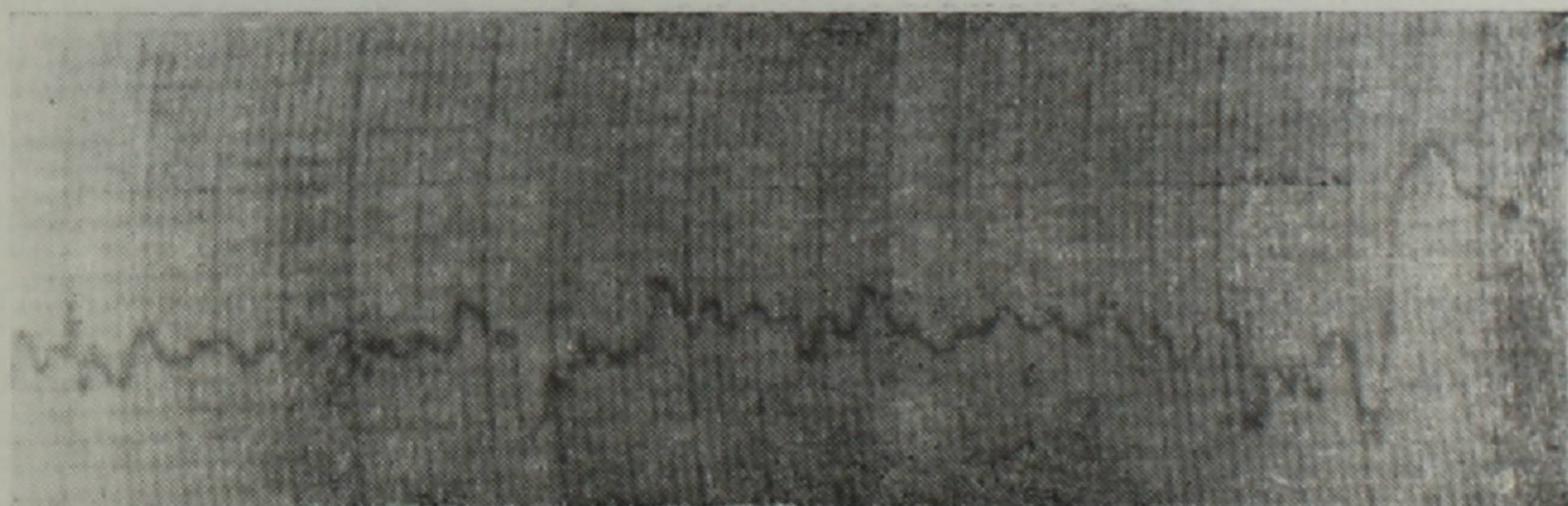
Հիվանդների մոտ էԳԳ քննություն է կատարվել մինչև բուժումը. այն ճշնշող մեծամասնության մոտ (12 հիվ.) տվել է արտահայտված հիպերկլինետիկ էԳԳ, որի ատամիկների բարձրությունը գերազանցել է 0,6—0,1 mV-ից, իսկ ռիթմի հաճախականությունը տատանվել է՝ 1 րոպեում 4—5 անգամ:

Բուժումից հետո, երբ անցել են սուր երևույթները, մեղմացել կամ անցել են ցավերը, կատարվել է կրկնակի էԳԳ: Ճշնշող մեծամասնության մոտ (9 հիվանդ) նկատվել է էԳԳ-ի տվյալների փոփոխություն: Ատամիկների բարձրությունը չի գերազանցել 0,4—0,5 mV-ից, իսկ ռիթմը տատանվել է 3—4 կծկման

սահմանում (1 բուլետում): Այսպիսով, ստացվել է նորմոկինետիկ պատկեր: Սրան զուգընթաց, որոշ շափով կանոնավորվել է նաև ստամոքսահյուսթի պատկերը՝ անցել է սուպերացիո վիճակը: Ինչ վերաբերում է ռենտգենլուսավորման տվյալներին, ապա խիստ օրինաշափուկ լինելով ստամոքսի ռենտգեն տվյալներին և էԳԳ-ի միջև չի նկատվել, շնայած, որոշ դեպքերում, նիշայի փոքրացմանը կամ սպիացմանը զուգընթաց լավանում են նաև էԳԳ-ի տվյալները (մոտորիկայի): Որոշ դեպքերում (3-ի մոտ) էԳԳ-ի տվյալներով հնարավոր է եղել նախքան ռենտգենլուսավորումը դիագնոզել խոցային հիվանդությունը: Խոցի դեպքում նկատվել է, որ համարյա միշտ (հատկապես սուր շրջանում, երբ կա գերթթվություն) ունենում ենք ինչպես ատամիկների բարձրացում, այնպես էլ ռիթմի հաճախականություն (հիպերկինետիկ, հաճախ գրգռված էԳԳ-ի պատկեր):



Նկ. 4. էԳԳ պատկերը սուպերացիո գաստրիտի ժամանակ, բուժումից առաջ:



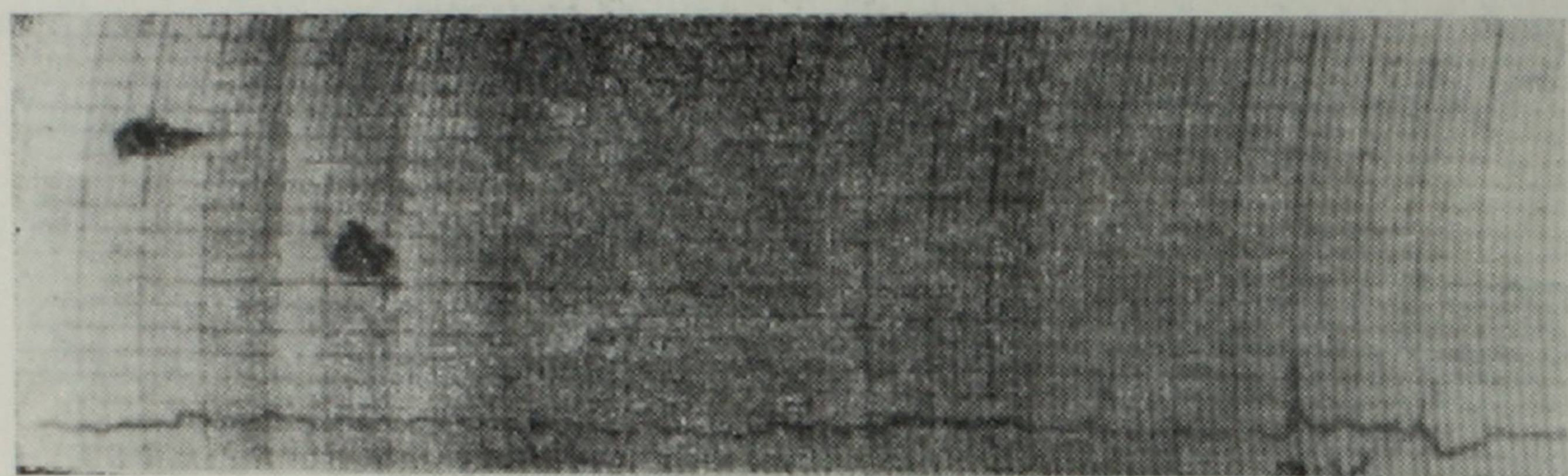
Նկ. 5. էԳԳ պատկերը սուպերացիո գաստրիտի ժամանակ, բուժումից հետո:

էԳԳ հետազոտություն է կատարվել նաև 8 սուպերացիո գաստրիտով տառապող հիվանդների մոտ, որոնց մոտ նկատվել է գաստրիտին հատուկ կլինիկա՝ ցավեր, դիսպեպտիկ երևույթներ և գերթթվածություն: էԳԳ-ի քննության պատկերը որոշ շափով մոտ է եղել խոցային հիվանդության պատկերին, բայց այս դեպքում էԳԳ-ի ատամիկները բարձրանում են մինչև 0,4—0,8 mV, իսկ հաճախականությունն այնքան արտահայտված չի լինում:

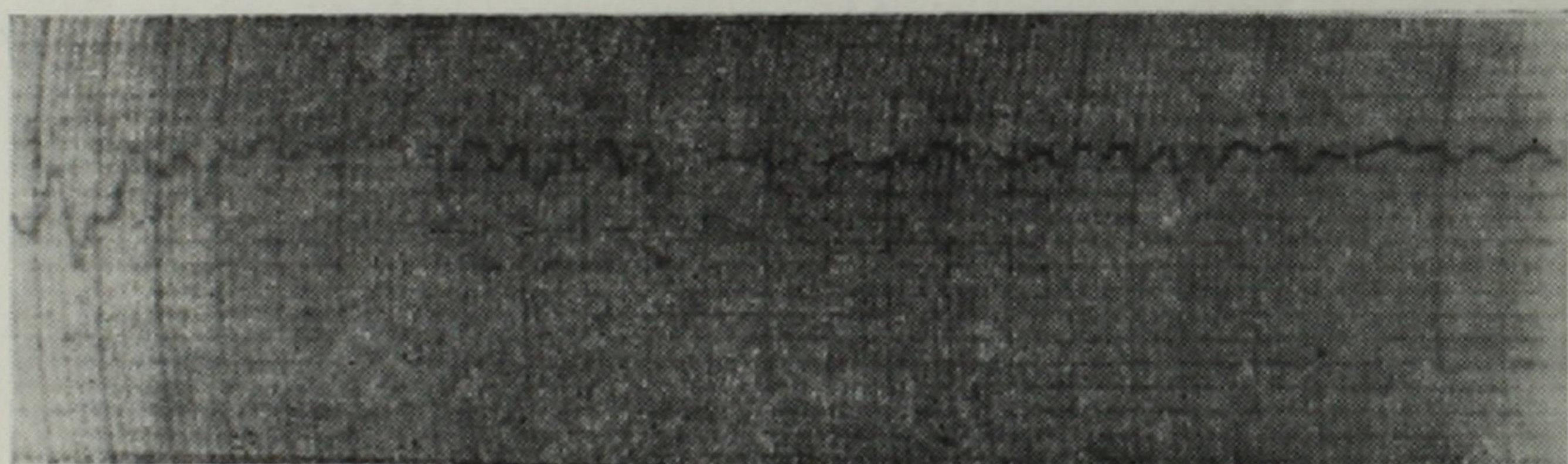
Մենք էԳԳ-ի միջոցով ուսումնասիրել ենք նաև սուպացիո կամ անացիո գաստրիտով 10 հիվանդների ստամոքսի էվակուատոր ֆունկցիան: Վերահիշյալ հիվանդների մոտ ստամոքսի թթվությունը եղել է ցածր թվերի վրա, իսկ ոմանց մոտ բացակայել է ինչպես ազատ, այնպես էլ կապված աղաթթուն, իսկ ընդհանուր թթվությունը տատանվել է 10—15-ի սահմանում: Այս հիվանդների մոտ էԳԳ-ի տված պատկերը կրում է հիպոկինետիկ բնույթ: Ատամիկների

բարձրությունը չի գերազանցում 0,2 mV-ից, իսկ տատանումները 2—3 անգամ են լինում: Նշված հիվանդների մոտ համապատասխան բուժումից հետո էԳԳ-ի պատկերը հիմնականում նորմոկինետիկ է դառնում:

Կատարված հետազոտությունից պարզվել է, որ էԳԳ-ն առողջ մարդկանց մոտ (հիպոկինետիկ ձևը) հիմնականում ցածր է, երբեմն հազիվ նկատվող ատամիկով՝ 0,2 mV-ից ցածր, և որ այս տիպը հանդիպում ենք ավելի հազվադեպ: Ավելի հաճախ այս ձևերը հանդիպում են ախիլիկ գաստրիտի, ստամոքսի քաղցկեղի ժամանակ:



Նկ. 6. էԳԳ պատկերը սուլաացիդ գաստրիտի ժամանակ, բուժումից առաջ:



Նկ. 7. էԳԳ պատկերը սուլաացիդ գաստրիտի ժամանակ, բուժումից հետո:

Այսպիսով, ամփոփելով մեր ստացած նախնական տվյալները քննության արդյունքի մասին, գալիս ենք հետևյալ նախնական եզրակացության՝

1. Առողջ մարդկանց մոտ, որոնք չեն տառապում աղեստամոքսային տրակտի հիվանդությամբ, էԳԳ-ն տալիս է 3 տիպ. ամենից հաճախ հանդիպողը նորմոկինետիկ տիպն է. ատամիկների բարձրությունը տալիս է 0,3—0,4, իսկ հաճախականությունը 1 րոպեում՝ 3 անգամ:

2. Նկատում ենք, որ խոցային հիվանդության ժամանակ, հատկապես սուր շրջանում, էԳԳ տալիս է գերհիպերկինետիկ ձևը, որը բուժումից հետո հիմնականում վերականգնվում է:

3. Սուլաացիդ գաստրիտը մեծ մասամբ տալիս է նույնպես հիպերկինետիկ էԳԳ պատկեր:

4. Սուլաացիդ, ախիլիկ գաստրիտը տալիս է հիպոկինետիկ էԳԳ պատկեր:

5. Չնայած հատուկ օրինաչափություն չի նկատվել ստամոքսի հյուսվածքային և էԳԳ-ի տվյալների միջև, բայց նկատվել է, որ գերթթվության ժամանակ ունենում ենք (մեծ մասի մոտ) հիպերկինետիկ պատկեր:

6. Անհրաժեշտ է ավելի լայն ուսումնասիրել էԳԳ-ի գործադրումը, որպես դիագնոստիկ մեթոդի, երևան հանելով այն տվյալները, որ կարող է տալ էԳԳ-ի քննությունը: Քննության այս մեթոդը շատ հարմար է, որովհետև դրժ-վարությունների հետ չի կապված:

Երևանի Բժշկական ինստիտուտի
հոսպիտալային թերապիայի ամբիոն

Ստացված է 16/1 1967 թ.

А. Т. СИМОНЯН, О. А. НАНАГУЛЯН

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ГАСТРИТАХ (предварительное сообщение)

Р е з ю м е

За последние годы электрогастрографии как физиологическому методу изучения моторной деятельности желудка придается большое значение. Из предложенных электрогастрографических методов наибольшим признанием пользуется метод Собакина.

Указанным методом было обследовано 32 больных, страдающих язвенной болезнью желудка (14 чел.), суперацидным гастритом (8 чел.) и субацидным гастритом (10 чел.).

Проведенные до и после лечения исследования показывают, что при язвенной болезни, особенно в остром периоде, ЭГГ дает сильно гиперкинетическую картину, переходящую после лечения в нормокинетическую. При суперацидных гастритах также получается гиперкинетический тип ЭГГ, который после лечения в основном нормализуется.

У больных, страдающих субацидным гастритом, ЭГГ дает гипокинетическую кривую. Следует также отметить, что строгой закономерности между картиной ЭГГ и показателями кислотности не наблюдается, хотя мы чаще наблюдали гиперкинетическую картину при повышенной кислотности.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Борин Я. В. Врачебное дело, 1952, 1, стр. 43.
2. Григорьев В. Г. Советская медицина, 1966, 8, стр. 53.
3. Гукасян А. Г., Бушажная К. Л. Терапевтический архив, 1936, 14, 3, стр. 459.
4. Дайховский Я. И., Русинов В. С. Клиническая медицина, 1939, 17, 8, стр. 85.
5. Красильников Л. Г., Фишзон-Рысс. Терапевтический архив, 1963, 8, стр. 56.
6. Коростовцев С. Б. Труды Военно-медицинской академии, т. 120. Л., 1960, стр. 48.
7. Мейман З. А. Труды ВНИИ медицинских инструментов и оборудования, т. 3. М., 1963, стр. 128.
8. Собакин М. А. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1954, 12, стр. 63.