

2. 2. ՄԱՆՈՒԿՑԱՆ

ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՊԱՏՎԵՐԻ ՈՐՈՇ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ԱՐՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱՌՈՒԹՅԱՆ ԱՆՔԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՄԲ ՍՐՏԱՅԻՆ
ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ՝ ԿԱԽՎԱԾ ԲՐՈՆԽԻԱԼ ԱՆՑԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿԻՑ

Մենք միանում ենք այն հեղինակների կարծիքին [13, 7, 9], որոնք գտնում են, որ մանրակրկիտ հավաքված անամնեզը, օբյեկտիվ տվյալների ճիշտ գնահատումը և հիվանդության ընթացքի դինամիկ հսկողությունը դեռևս գրավում են առաջնակարգ տեղ հիվանդության ճանաչման և, մեր կարծիքով, նաև բրոնխիալ անցանելիության խանգարման ճանաչման խնդրում:

Սույն հետազոտությունում մեզ հետաքրքրել է հիվանդների նշած սուբյեկտիվ զգացումների, նրանց օբյեկտիվ հետազոտման, ինչպես նաև ռենտգենյան և էլեկտրակարդիոգրաֆիկ քննության կապը բրոնխիալ անցանելիության վիճակի հետ: Դա կարևոր է կլինիկական խանգարումների որոշ պաթոգենետիկ մեխանիզմները ճիշտ հասկանալու, արյան շրջանառության անբավարարության սրտային հիվանդների էֆեկտիվ բուժման և կայուն կոմպենսատոր դրության հասնելու համար:

Այդ նպատակով մենք հետազոտել ենք 160 սրտային հիվանդների, որոնց տարիքը տատանվել է 15—72-ի սահմաններում: Հետազոտված հիվանդները տառապել են սիրտ-անոթային սխտիմի տարբեր ախտահարումներով և գտնվել են արյան շրջանառության անբավարարության տարբեր աստիճաններում: Հիվանդները բաժանվել են արյան շրջանառության անբավարարության աստիճանների ըստ Ն. Դ. Ստրաժնևսկոյի, Վ. Ն. Վասիլենկոյի դասակարգման [4, 11, 12]:

Հետազոտված հիվանդների մոտ հիմնականում արտահայտվել են արյան շրջանառության անբավարարության 1-ին աստիճանը՝ 68 հիվանդ (42,5%) և 2-րդ աստիճանը՝ 70 հիվանդ (43,8%): Արյան շրջանառության անբավարարության 3-րդ աստիճանում գտնվել է 22 հիվանդ (13,7%): Արյան շրջանառության անբավարարության բոլոր աստիճաններում գերակշռում է հիպերտոնիկ հիվանդությունը և աթերոսկլերոտիկ կարդիոսկլերոզը:

Կլինիկական պատկերի կապը բրոնխիալ անցանելիության վիճակի հետ պարզելու նպատակով բոլոր հիվանդներին բաժանել ենք երկու խմբի, երկու խմբի բրոնխիալ անցանելիության վիճակն արտահայտող ցուցանիշներից [3]: Նշված ցուցանիշներից որոշվել է Տիֆնոյի ինդեքսը՝ Զիսսուլովսկյան մետաբոլիզմի պրոֆ. Գ. Հ. Բադալյանի ձևափոխած սաբբով (սպիրոմետր) և կատարվել է պնևմոտախոմետրիա Բ. Ե. Վոտչալի առաջադրած պնևմոտախոմետրով: Մենք հաշվի ենք առել նաև հեռավոր անամնեստիկ տվյալները: Մեր աշխատանքի համար շեն հետազոտվել այն հիվանդները, որոնք անամնեզում ունեցել են թոքային որևէ հիվանդություն:

Առաջին խմբում գտնվել է 80 հիվանդ նորմալ բրոնխիալ անցանելիությամբ, որտեղ Տիֆնոյի ինդեքսը եղել է 72%-ից բարձր, իսկ արտաշնչման

հզորության անհրաժեշտ մեծության նկատմամբ կազմած $\%$ -ը՝ 85-ից բարձր: Երկրորդ խմբում՝ 80 հիվանդ խանգարված բրոնխիալ անցանելիությամբ, որտեղ Տիֆնոյի ինդեքսը եղել է 72 $\%$ -ից ցածր, իսկ արտաշնչման հզորության անհրաժեշտ մեծության նկատմամբ կազմած $\%$ -ը՝ 85-ից ցածր:

Խմբերի ճիշտ բաժանումը հնարավոր է եղել բրոնխիալ անցանելիության վիճակն արտահայտող ցուցանիշների դիտմանի հսկողության դեպքում: Այդ նպատակով կատարվել է այդ ցուցանիշների 350 դիտմանի հետազոտություն:

Ինչպես այլ հիվանդանոցների, այնպես էլ մեր տվյալներով, բրոնխիալ անցանելիության խանգարման ավելի մեծ հաճախականություն դիտվել է հիպերտոնիկ հիվանդությամբ, աթերոսկլերոտիկ կարդիոսկլերոզով և միտրալ համակցված արատով՝ (բացվածքի ստենոզի դերակշռումով) տառապող հիվանդների մոտ:

Ստորև բերված աղյուսակում արված է հետազոտված հիվանդների մոտ դիտված կլինիկական ախտանիշների, ռենտգենյան և էլեկտրական գրգռաֆիկ քննության արդյունքները՝ կախված բրոնխիալ անցանելիության վիճակից:

Աղյուսակ 1

Կլինիկական ախտանիշները, ռենտգենյան և էլեկտրական գրգռաֆիկ քննության արդյունքները՝ կախված բրոնխիալ անցանելիության վիճակից

Ախտանիշները	Արյան շրջանառության անբավարարությամբ հիվանդներ	
	Նորմալ բրոնխիալ անցանելիությամբ 80 հիվանդ	Խանգարված բրոնխիալ անցանելիությամբ 80 հիվանդ
Սրտի խփոց	77 հիվանդ (96,0 $\%$)	77 հիվանդ (96,0 $\%$)
Հեոց	64 » (80,0 $\%$)	78 » (97,5 $\%$)
Գիշերները հեղձուկի նոսր	7 » (8,7 $\%$)	40 » (50,0 $\%$)
Հազ	8 » (10,0 $\%$)	39 » (47,5 $\%$)
Այտուց	23 » (28,7 $\%$)	33 » (41,2 $\%$)
Ձոր խզողներ	12 » (15 $\%$)	50 » (62,5 $\%$)
Թաց խզողներ	21 » (26,2 $\%$)	37 » (46,2 $\%$)
Սրտի հարաբերական բթուության ձախ սահմանի մեծացում	73 » (91,2 $\%$)	76 » (95 $\%$)
Սրտի հարաբերական բթության աջ սահմանի մեծացում	21 » (26,2 $\%$)	31 » (38,7 $\%$)
Աջ և ձախ սահմանի մեծացում	17 » (21,2 $\%$)	29 » (36,2 $\%$)
Առիթմիա (աուսկուլտացիա)	30 » (37,5 $\%$)	42 » (52,5 $\%$)
Լյարդի մեծացում՝ թորանկարի	37 » (46,2 $\%$)	49 » (61,2 $\%$)
Ուժեղացում (68—66 հիվ.)	22 » (33,8 $\%$)	32 » (48,4 $\%$)
Ձախ փորքի լայնացում (68—65 հիվ.)	52 » (76,5 $\%$)	50 » (76,8 $\%$)
Աջ փորքի լայնացում (67—65 հիվ.)	35 » (52,0 $\%$)	35 » (53,8 $\%$)
Երկու փորքերի լայնացում (64—64 հիվ.)	34 » (53,1 $\%$)	35 » (53,8 $\%$)
Նորմալ սինուսային ռիթմ	43 » (54,2 $\%$)	30 » (37,5 $\%$)
Առիթմիա	33 » (41,2 $\%$)	48 » (60,0 $\%$)
Ձախ փորքի մկանային փոփոխություն, հիպերտրոֆիա	61 » (76,2 $\%$)	66 » (82,5 $\%$)
Աջ փորքի մկանային փոփոխություն, հիպերտրոֆիա	47 » (58,7 $\%$)	54 » (67,5 $\%$)
Երկու փորքերի մկանային փոփոխություն, հիպերտրոֆիա	42 » (52,5 $\%$)	45 » (56,2 $\%$)

Աղյուսակից պարզվում է, որ հիվանդների կողմից նշված սուբյեկտիվ զգացումների (հեռոց, օդի պակասություն և շնչառգելում, գիշերները հեղձուկի նոսպաներ, հազի հաճախականություն) մեծ մասը դիտվել է բրոնխիալ անցանկելիության խանգարմամբ տառապող հիվանդների մոտ: Դա պատահական է: Դրականությունից հայտնի է, թե ինչ դեր է խաղում բրոնխիալ անցանկելիության խանգարումը սրտային հիվանդների մոտ հեռոցի առաջացման մեխանիզմում և սրտային ասթմայի պաթոգենեզում [1, 16, 15, 2, 53]:

Մենք միանում ենք այն հեղինակների կարծիքին [8, 9, 10 և ուրիշներ], որոնք սրտային հիվանդների բրոնխիալ անցանկելիության խանգարման պատճառը համարում են կանգը արյան փոքր շրջանառությունում: Սակայն, մեր կարծիքով, թոքերում կանգային երևույթները և բրոնխիալ անցանկելիության խանգարումը միմյանց հետ կապված են պատճառահետևանքային կապով, այդ կապն արտահայտվում է որպես փոխկախվածություն և փոխազդեցություն: Արյան փոքր շրջանառությունում արյան կանգի հետևանքով առաջացած բրոնխիալ անցանկելիության խանգարումը կանգային երևույթների հետագա ավելացման պատճառ է դառնում: Բրոնխիալ անցանկելիության խանգարման հետևանքով դժվարանում է արտաշնչման փուլը, հետևապես դժվարանում է և երակային ներհոսքը, որի հետևանքով էլ ավելանում է կանգը արյան փոքր շրջանառությունում: Բրոնխիալ անցանկելիության խանգարման հետևանքով առաջացած զազափոխանակության խանգարումը առաջ է բերում արյան շրջանառության անբավարարության ավելի ուժեղացում: Դրանով, հավանաբար, կարելի է բացատրել բրոնխիալ անցանկելիության խանգարումով հիվանդների մոտ սուբյեկտիվ զգացումների և օբյեկտիվ քննության ժամանակ հայտնաբերված փոփոխությունների ավելի վատացումը:

Բրոնխիալ անցանկելիության խանգարումով հիվանդների թոքերում նկատվել է չոր և թաց խզողոցների, ռենտգեն քննության ժամանակ թոքանկարի ուժեղացման, առիթմիայի, սրտի սահմանների և սրտավանդի փոփոխության ավելի հաճախացում: Բրոնխիալ անցանկելիության խանգարումով հիվանդների մոտ էլեկտրակարդիոգրաֆիկ քննությամբ հայտնաբերված աջ փորոքի հիպերտրոֆիայի և ծանրաբեռնվածության մեծ հաճախականությունը կարելի է բացատրել բրոնխիալ անցանկելիության խանգարման հետևանքով առաջացած շնչառման կարճացումով, արտաշնչման երկարացումով և կարդիոգեն բրոնխիտի ու էմֆիզեմայի զարգացումով:

Այսպիսով, արյան շրջանառության անբավարարության ժամանակ հիվանդության կլինիկական պատկերն ավելի է ծանրանում բրոնխիալ անցանկելիության խանգարման պատճառով:

Եզրակացություն

1. Արյան շրջանառության անբավարարության ժամանակ բրոնխիալ անցանկելիության խանգարումը ծանրացնում է հիվանդության կլինիկական պատկերը:

2. Սուբյեկտիվ ախտաբանական զգացումների և օբյեկտիվ փոփոխությունների հաճախականության մեծ մասը հանդիպում է բրոնխիալ անցանկելիության խանգարում ունեցող արյան շրջանառության անբավարարությամբ սրտային հիվանդների մոտ:

3. Բրոնխիալ անցանելիության խանգարումը հանդիսանում է հիմնական պաթոգենետիկ օղակներից մեկը՝ արյան շրջանառության անբավարարության զարգացման ժամանակ:

Երևանի 11 կլինիկական
հիվանդանոց

Ստացված է 12/VII 1968 թ.

Д. А. МАНУКЯН

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ

Р е з ю м е

Перед исследованием была поставлена задача—установить связь между субъективными ощущениями больных и объективными показателями, инструментальными методами (рентген, ЭКГ) и бронхиальной проходимостью. Это чрезвычайно важно для правильного понимания некоторых патогенетических механизмов клинических нарушений кровообращения. Последнее важно в вопросе эффективного лечения для достижения состояния стойкой компенсации.

С целью осуществления поставленной задачи обследованные 160 больных с недостаточностью кровообращения в зависимости от состояния бронхиальной проходимости разделены на две группы: I группа—больные с недостаточностью кровообращения без нарушения бронхиальной проходимости (80 чел.); II группа—больные с нарушением кровообращения с явлениями нарушения бронхиальной проходимости.

При изучении полученных результатов выявлено, что нарушение бронхиальной проходимости утяжеляет клиническое течение недостаточности кровообращения. Большой процент субъективных и объективных нарушений у больных с недостаточностью кровообращения отмечается при нарушении бронхиальной проходимости, что вместе с гемодинамическими сдвигами является основным патогенетическим звеном в развитии недостаточности кровообращения.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аккерман В. В. Клиническая медицина, 1930, 8, 7, 408.
2. Арьев М. Я. Сердечная астма. М., 1962.
3. Бадалян Г. О. Диссертация. Ереван, 1963.
4. Василенко В. Х. Труды XII Всесоюзного съезда терапевтов. Л., 1940, 98.
5. Вильковский А. Л. Терапевтический архив, 1958, 30, 12, 53.
6. Весельников Л. В. Диссертация. Л., 1960.
7. Василенко В. Х. Клиническая медицина, 1966, 3, 3.
8. Вайсбейн С. Г. Врачебное дело, 1950, 8, 705.
9. Гиллер Е. Л. Диссертация. Донецк, 1966.
10. Краснокутская Т. П. Диссертация. Донецк, 1964.

11. *Стражеско Н. Д.* Терапевтический архив, 1937, 15, 3, 379.
12. *Стражеско Н. Д.* Сборник трудов конференции по недостаточности кровообращения. Киев, 1938, 30.
13. *Сиваков И. И.* Диссертация. М., 1963.
14. *Cosby R. S., Stowell E. C., Harthwig W. R., Mayo M.* Circulation, 1957, 15, 4, 492.
15. *Cohen E. J.* Presse Med., 1950, 58, 14, 228.
16. *Plotz. M.* Ann. Int. Med., 1947, 26, 4, 521.