

1. Бондарева З. Г., Еребухин А. В., Матвеев Л. И. Мед. радиол., 1984. 11, 19.
2. Ганелина И. Е. Ишемическая болезнь сердца, М., 1977. 3. Руда М. Я. Кардиол., 1981, 1, с. 5, 4. Старовойт И. И., Масенко В. П., Филиппов И. К. и др. Кардиол., 1982, 5, с. 96, 5. Тирош Г. М. Дис. канд., Ереван, 1985. 6. Ahumada G., Roberts R., Sohnel B. E. Progr. Cardiovasc. Dis., 1976. 18, 405. 7. Sorts D. N. Y. State J. Med., 1969, 13, 794. 8. Sylven C. J. Cardiol., 1979, 95, 485.

ՈՒՊԿ 616.12—005.3:631.3

Ռ. Պ. Ստամբուլյան, Ֆ. Ս. Նիկողոսյան, Լ. Մ. Միխայլյանց, Պ. Ռ. Ստամբուլյան

ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐԻ, ԷԼԵԿՏՐԱՍՏԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԿՆՍԱԼԻՄԻԱԿԱՆ ՈՐՈՇ 8ՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ՀԱՄԱԳՐԱԿԱՆ ՎԵՐԼՈՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՑԱՐԿՑԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

(Հաղորդում II)

Սրտամկանի ինֆարկտի (ՍԻ) առաջացումը շարժընթաց պրոցես է: Ինֆարկտի ժամանակ սրտամկանում ընթանում են տարաբնույթ փոփոխություններ: Դրանով էլ պայմանավորված է այն հանգամանքը, որ հիվանդության ընթացքը կախված է ոչ միայն ինֆարկտային օջախի մեծությունից, այլ նաև այն երևույթներից, որոնք տեղի են ունենում ինչպես ինֆարկտային օջախում, այնպես էլ նրա շուրջը գտնվող տեղամասերում [4, 5, 6, 7]: Հարինֆարկտային տեղամասերը ազդում են ոչ միայն սրտամկանի ընդհանուր ֆունկցիոնալ վիճակի վրա, այլև մեռուկային օջախի ընդարձակման հնարավոր վտանգավոր հատված են [2, 8, 9, 10]:

Կասկածից վեր է, որ ինֆարկտային օջախում և նրա շուրջը կատարվող փոփոխությունների ընթացքից մեծապես կախված է հիվանդության ելքը: Այս է պատճառը, որ անհրաժեշտություն է առաջանում մանրակրկիտ ուսումնասիրել այն փոփոխությունները, որոնք տեղի են ունենում հարինֆարկտային տեղամասերում:

Մարոկկոյի և Բրաունվալդի կողմից առաջարկած էլեկտրասրտագրության (էՍԳ) քարտեզագրման մեթոդը հնարավորություն է տալիս գնահատելու հարինֆարկտային տեղամասերի վիճակը՝ ելնելով ST հատվածի շեղումներից [9, 10, 11, 12, 13]: Սակայն էՍԳ միշտ չէ, որ ժամանակին ի հայտ է բերում ինֆարկտի ժամանակ սրտամկանում ընթացող փոփոխությունները [1, 3, 14]: Ինֆարկտային օջախում և հատկապես հարինֆարկտային տեղամասերում ընթացող փոփոխությունները մինչև այսօր խիստ անբավարար են ուսումնասիրված՝ հատկապես կենսաքիմիական (Կ-Ք) ցուցանիշների տեսանկյունից:

Այդ է պատճառը, որ մեր առջև խնդիր ենք դրել պարզաբանել Կ-Ք որոշ ցուցանիշների դերը ինֆարկտային օջախում և նրա շուրջն ընկած տեղամասերում զարգացող երևույթների ժամանակ, ուսումնասիրելով Կ-Ք ցուցանիշների և էՍԳ բաղադրամասերի փոխադարձ կապը ՍԻ սուր շրջանում՝ հենվելով Ռ. Պ. Ստամբուլյանի ղեկավարությամբ կատարված աշխատանքների ընձեռած նոր հնարավորությունների վրա [6, 7]:

Այդ նպատակի համար պարբերաբար 166 հիվանդի արյան մեջ որոշել ենք սրտամկանի ախտահարմանը բնորոշ այնպիսի ակտիվ նյութեր, ինչպիսիք են միոգլոբինը (ՄԳ), կրեատինֆոսֆոկինազը (ԿՖԿ), նրա սրտային բաղադրամասը՝ ՄԲ-ԿՖԿ, ասպարտատամինոտրանսֆերազը (ԱսԱՏ), լակտատ-դեհիդրոգենազը (ԼԴՀ) և ալանինամինոտրանսֆերազը (ԱլԱՏ), և, ինչպես ներկայացրել ենք մեր նախորդ աշխատանքում, նշված ցուցանիշները խմբաբաշխվում են երեք խմբում. ՄԳ, ԿՖԿ և ՄԲ-ԿՖԿ-A, ԱսԱՏ-B, իսկ ԱլԱՏ և ԼԴՀ-C խմբում:

Կ-Ք ցուցանիշների որոշմանը զուգահեռ շարժընթացում արձանագրել ենք նաև կլինիկական դրսևորումների (ԿԴ) և էՍԳ բաղադրամասերի (Q, R ատամիկների և ST-T-ի) արժեքները:

Պարզության համար վերցրել ենք 1-ին, 2-րդ, 3-, 7-, 14-, 21-, 28-րդ օրերի հետազոտության տվյալները: Կարիքն առաջանալու դեպքում կլինիկական, էՍԳ ախտաբանական շեղումների պայմաններում կատարել ենք նաև լրացուցիչ հետազոտություններ հիվանդության մյուս օրերին:

Հետազոտությունների արդյունքների համադրական վերլուծությունը հեշտացնելու նպատակով հետազոտված բոլոր ցուցանիշների տվյալները քանակապես արտահայտել ենք չափանիշներով:

Հիվանդի ընդհանուր կլինիկական վիճակը գնահատելու համար ուսումնասիրել ենք հետազոտված ցուցանիշների արտահայտվածությունը ընդունվելիս, ընթացքում և ելքում: Ընդունվելիս (առաջին հետազոտության արդյունք) և ելքում (ելքի չափանիշ՝ ԵՉ) հիվանդի վիճակը գնահատվել է ցուցանիշների բնականոնից շեղման աստիճանով, ըստ որի տարբերել ենք արտահայտվածության երեք չափի շեղում. բոլոր ցուցանիշների բնականոնի սահմանը ընդունվել է մինչև 20 չափանիշ, 21—35 չափանիշի սահմանը, որը յուրաքանչյուր ցուցանիշի համար որոշվել է բնականոնից շեղման չափով ընդունվել է որպես առաջին չափի, 36—50 չափանիշի սահմանը՝ երկրորդ չափի, 51-ից բարձր՝ երրորդ չափի շեղում:

Ցուրաքանչյուր դեպքում համապատասխան ցուցանիշի ընթացքի գնահատականը տրվել է այդ ցուցանիշի ընթացքի կորագծով, որը կազմվել է պարբերաբար կատարված հետազոտությունների արդյունքներով: Տարբերել ենք ընթացքի երեք տեսակի կորագիծ: Համապատասխան ցուցանիշի առաջին տեսակի ընթացքի կորագիծ ունեցել են այն հիվանդները, որոնց մոտ տվյալ ցուցանիշը հիվանդության առաջին շաբաթվա վերջում դարձել է բնականոն և շարժընթացում ախտաբանական նոր շեղումներ չեն դիտվել: Ընթացքի երկրորդ տեսակի կորագիծ ունեցել են այն հիվանդները, որոնց մոտ շարժընթացում դիտվել են համապատասխան ցուցանիշների ախտաբանական նոր շեղումներ, որոնք բոլորն էլ ելքում դարձել են բնականոն: Ընթացքի երրորդ տեսակի կորագիծ ունեցող հիվանդների մոտ դիտվել են համապատասխան ցուցանիշների ալիքի հաճախակի և արտահայտված ախտաբանական շեղումներ, որոնք ելքում բնականոն չեն դարձել:

Վերջին հետազոտության արդյունքով որոշել ենք համապատասխան ցուցանիշի ելքի չափանիշը (ԵՉ): Ելնելով բնականոնից շեղման արտահայտվածությունից յուրաքանչյուր ցուցանիշի համար տարբերել ենք երեք չափի ԵՉ (առաջին, երկրորդ, երրորդ)՝ նույն սկզբունքով, ինչպես վարվել ենք միավազ հետազոտությունների արդյունքների աստիճանավորման ժամանակ:

Համադրելով Կ-Ք տարբեր խումբ ցուցանիշների և էՄԳ բաղադրամասերի առաջին հետազոտության, ընթացքի և ելքի արդյունքները, միջինացված մեկ գործակցի միջոցով որոշել ենք նրանց միջև գործող փոխադարձ կապը:

Կ-Ք տարբեր խումբ ցուցանիշների և էՄԳ բաղադրամասերի համադրության խնդիրը երևում է, որ մեծ կապ կա Կ-Ք A խմբի ցուցանիշների և էՄԳ Q ատամիկի $r=0,92$, Կ-Ք B խմբի ցուցանիշների և էՄԳ R ատամիկի $r=0,89$, Կ-Ք C խմբի ցուցանիշների և ST-T բաղադրամասի միջև՝ $r=0,83$ (աղյուսակ):

Կ-Ք տարբեր խումբ ցուցանիշների և էՄԳ
բաղադրամասերի միջև գործող կապերի
համադրական աղյուսակ

Ք	էՄԳ		
	Q	R	ST-T
A	0,92	0,73	0,63
B	0,76	0,89	0,81
C	0,6	0,67	0,83

Ինչպես հայտնի է էՄԳ Q ատամիկի ախտաբանական շեղումները խոսում են ինֆարկտի ժամանակ սրտամկանում ընթացող մեռուկային պրոցեսի, R ատամիկի և ST-T հարինֆարկտային տեղամասերում ընթացող վնասման, իսկ միայն ST-T՝ թերսնուցման մասին:

Նկատի ունենալով այս հանգամանքը և հաշվի առնելով Կ-Ք ցուցանիշների և էՄԳ բաղադրամասերի մեր ստացած արդյունքների փոխադարձ կապը, կարելի է եզրակացնել, որ Կ-Ք ցուցանիշների ախտաբանական շեղումները վկայում են ինֆարկտի ժամանակ սրտամկանում ընթացող տարբեր բնույթի փոփոխությունների մասին. A խմբի շեղումները՝ մեռուկային օջախի, B խմբինը՝ հարինֆարկտային տեղամասերում ընթացող վնասման և C խմբի ախտաբանական շեղումները՝ թերսնուցման մասին: Այդ են վկայում նաև հիվանդության շարժընթացում ԿԴ-ի համապատասխան արտահայտվածությունը:

Այսպիսով, սրտամկանի ինֆարկտի ժամանակ կլինիկաէլեկտրասրտագրական և կենսաքիմիական ցուցանիշների բազմագործոն համադրական վերլուծության մեր հետազոտությունների արդյունքները հնարավորություն են տալիս եզրակացնելու, որ Կ-Ք հետազոտված ցուցանիշները կարելի է կիրառել որպես ինքնուրույն չափանիշներ՝ ինֆարկտային օջախում և նրա շուրջը գտնվող տեղամասերում ընթացող երևույթները գնահատելու նպատակով:

Երևանի Մ. Հերացու անվ. պետական բժշկական ինստիտուտի

Ներքին հիվանդությունների № 2 ամբիոն,

«ԴԻԱԳՆՈՍՏԻԿԱ» բաժնետիրական ընկերություն

Ընդունվել է 12. X. 1994 թ.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ ЭКГ, КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
И БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Установлено наличие взаимосвязи между процессами, происходящими в зонах некроза, повреждения и ишемии сердечной мышцы при инфаркте миокарда, и динамикой биохимических показателей,

R. P. Stamboltsian, F. S. Nikoghossian, L. M. Mikaelyants,
P. R. Stamboltsian

Collation of ECG Data, Clinical Manifestations
and Biochemical Indices at Myocardial Infarction

In patients with myocardial infarction it has been established correlation between the changes of some biochemical indices and definite ECG data, testifying to the interaction between processes going on in the zones of necrosis, damage and ischemia of the myocardium.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарева Э. Г., Бредихин А. В., Матвеев Л. И., Мед. радиол., 1984, 11, с. 19.
2. Виноградов А. В., Арутюнов Г. П., Глазунов А. С. Кардиол., 1981, 12, с. 38.
3. Ганелина И. Е. Ишемическая болезнь сердца. М., 1977.
4. Дорофеева З. З., Рябыкина Г. В., Шеремета В. М. Кардиол., 1977, 12, с. 59.
5. Рябыкина Г. В., Дорофеева З. З. Кардиол., 1977, 8, с. 89.
6. Стамболцян Р. П., Михеялянц Л. М., Дрампян М. Ф., Кардиол., 1988, 7, с. 21.
7. Стамболцян Р. П., Дрампян М. Ф., Михеялянц Л. М., Петросян Н. К., Стамболцян П. Р. Экспер. и клин. мед. АН РА, т. XXXII, 1992, 1, с. 7.
8. Чазов Е. И. Тер. арх., 1977, 4, с. 3.
9. Maroko P. R., Kjekshus J. K., Sobel B. E. et al. Circulation, 1971, 43, 67.
10. Maroko P. R., Libby P., Covell J. W. et al. Amer. J. Cardiol., 1972, 29, 223.
11. Maroko P. R., Beenstein E. P., Libby P. et al. Circulation, 1973, 45, 1150.
12. Maroko P. R., Libby P., Ginks W. R. et al. J. Clin. Invest., 1972, 51, 100, 2710.
13. Maroko P. R., Braunwald E., Ann. Intern. Med., 1973, 79, 720.
14. Sorts D. N. Y. State J. Med., 1969, 15, 794.

ՈՒԿԻ 616.12—005.3:631.3

Բ. Պ. Ստամբոլցյան, Ֆ. Ս. Նիկողոսյան, Լ. Մ. Միխայելյանց, Պ. Ռ. Ստամբոլցյան

ՄՐՏԱՄԿԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ ՍՈՒՐ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՕՋԱՆՈՒՄ ԵՎ ՆՐԱ ՇՐՋԱԿԱ
ՏԵՂԱՄԱՍԵՐՈՒՄ ԸՆԹԱՑՈՂ ՏԱՐԱԲՆՈՒՅԹ ՊԵՐԳՈՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՒ ՆՐԱՆՑ ԸՆԹԱՑԹԻ
ՀԱՄԱԿՈՂՄԱՆ ՈՒՍԻՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

(Հաղորդում III)

Սրտամկանի ինֆարկտի (ՄԻ) ժամանակ հանդիպող բարդությունները
ձգձգում են հիվանդության ընթացքը՝ տեղիք տալով հաճախակի մահացու-