

но снижена (пороговая мощность выполняемой нагрузки 50—100 Вт). Величина Δ ДП 45% и более указывает на выраженное снижение переносимости физической нагрузки (нагрузка 25 Вт является предельно допустимой для таких больных).

На основании проведенных исследований был построен график зависимости величины пороговой нагрузки и показателя расхождения двойного произведения, который позволяет прогнозировать пороговую мощность обследуемого. Доверительные границы возможных отклонений пороговой мощности определены с вероятностью 95%.

Киевский НИИ кардиологии
им. акад. Н. Д. Стражеско

Поступила 30/VIII 1986 г.

Գ. Վ. ՅԱՆՈՎՍԿԻ, Լ. Ա. ԿՐԱՎՅՈՎԱ

ՅԻՋԻԿԱԿԱՆ ԾԱՆՐԱԲԵՌՆԵՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՇԵՄՔԱՅԻՆ ՀՋՈՐՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՇՈՒՄԸ
ԱՌԱՆՑ ՆՐԱ ԱՆՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆՈՒԹՅԱՆ ՆՇԱՆՆԵՐԻ ՆՎԱՃՄԱՆ

Ա մ փ ն փ ն լ մ

Հեծանվամուշակության ժամանակ նստած և պառկած դիրքերում ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության թվականային և հեմոդինամիկ մատակարարման տվյալների վերլուծության հիման վրա մշակված է ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության շեմքային հզորության որոշման մեթոդ, որով նրա անհամապատասխանության նշանների նվաճման:

G. V. Yanovski, L. A. Kravtsova

Determination of the Threshold Power of Physical Load Without Achieving of the Signs of its Inadequateness

S u m m a r y

On the base of the data of hemodynamic and oxygen provision of the physical load in veloergometry in the lying and sitting positions the method of determination of the threshold power of physical load without its signs of inadequateness is worked out.

УДК 616.125.6—007.253—089.168—073.432.19

И. К. ОХОТИН, Е. Ф. ЛУКУШКИНА, Л. Г. ШИПОВА, А. И. РОТКОВ

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ДМПП С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Целью настоящей работы явилось изучение взаимосвязи ПМК у больных ДМПП с показателями центральной гемодинамики и размерами полостей сердца.

Проведено обследование 115 больных ДМПП в возрасте от 3 до 53 лет (48 детей и 67 взрослых). До операции обследовано 59, после операции—56 больных.

Диагноз порока у всех больных подтвержден результатами внутрисердечных исследований или во время операции.

ПМК обнаружен у 26% больных ДМПП, обследованных до операции, причем в группе взрослых больных ПМК диагностирован чаще, чем у детей. При обследовании оперированных больных отмечено возрастание частоты ПМК до 31%.

Корреляционный анализ не выявил зависимости между размерами полостей сердца, определенными с помощью эхокардиографии, и ПМК. В то же время ПМК коррелировал с показателями центральной гемодинамики. В группе больных, обследованных до оперативного лечения, выявлена положительная корреляция между ПМК и систолическим давлением в легочной артерии ($r=0,42$), а также между ПМК и отношением объемов легочного и системного кровотока ($r=0,31$). У оперированных больных обнаружена положительная корреляция между ПМК и отношением объемов легочного и системного кровотока, определенными до операции ($r=0,32$).

Таким образом, возникновение ПМК у больных ДМПП не может быть объяснено уменьшением объема полости левого желудочка при данном пороке, поскольку корреляции между размерами левого желудочка и ПМК не обнаружено. Очевидно, ведущую роль в развитии ПМК играет врожденная неполноценность соединительной ткани, т. е. изолированный ПМК и ПМК у больных ДМПП имеют единый генез.

Большая частота ПМК в группе оперированных больных может объясняться увеличением объемной нагрузки левых камер сердца и митрального клапана, после закрытия ДМПП, о чем свидетельствует увеличение размеров полостей левого желудочка и левого предсердия после ушивания ДМПП (табл. 1).

Таблица 1

Эхокардиографические размеры полостей сердца у больных ДМПП до и после операции

Показатели	Эхокардиографические размеры (% отношения фактических размеров к должным)			
	до операции		после операции	
	дети	взрослые	дети	взрослые
Правый желудочек	266,4±1,9	204,6±14,5	133,9±8,9***	127,0±7,6***
Левый желудочек	87,8±2,8	80,1±2,6	118,8±2,7***	108,3±2,4***
Левое предсердие	100,9±3,0	106,5±4,1	118,5±3,3**	121,7±1,2*

Примечание. Р—достоверность различия размеров полостей сердца до и после операции. ***— $P<0,001$; **— $P<0,01$; *— $P<0,05$.

Выводы

1. Сочетание ДМПП и ПМК диагностируется у 26% больных ДМПП.

2. ПМК у больных ДМПП следует рассматривать, как фактор риска, усугубляющий тяжесть нарушений гемодинамики при данном пороке.

3. Вследствие особенностей гемодинамики больных с сочетанием ДМПП и ПМК целесообразно выделять в особую группу при диспансерном наблюдении до и после операции.

Горьковский медицинский институт им. С. М. Кирова

Поступила 6/XII 1986 г.

Ի. Կ. ՕԽՈՏԻՆ, Ե. Ֆ. ԼՈՒԿՈՒՇԿԻՆԱ, Լ. Գ. ՇԻՊՈՎԱ, Ա. Ի. ՌՈՏԿՈՎ

ԵՐԿՓԵՂԿ ՓԱԿԱՆԻ ԱՐՏԱՆԿՈՒՄՈՎ ԶՈՒԳԱԿՅՎԱԾ ՄԻՋՆԱԽԱՐՏԱՅԻՆ
ՄԻՋՆԱՊԱՏԻ ԴԵՖԵԿՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴԵՆԵՐԻ ՄՈՏ ՀԵՄՈԴԻՆԱՄԻԿԱՅԻ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ա մ փ ն փ ու մ

Եզրակացվել է, որ երկփեղկ փականի արտանկումը միջնախարտային միջնապատի դեֆեկտով հիվանդների մոտ խորացնում է հեմոդինամիկայի խանգարումների ծանրությունը:

I. K. Okhotin, Ye. F. Loukushkina, L. G. Shipova, A. I. Rotkov

Peculiarities of Hemodynamics in Patients with Atrial Septal Defect with Mitral Valve Prolaps

S u m m a r y

The results of the investigation allow to draw the conclusion, that the mitral valve prolaps in patients with atrial septal defect aggravates the hemodynamic disturbances.

УДК 616.12—089+618.4

М. С. ЧЕКАН, О. Л. АРШИНОВА

ОПЕРИРОВАННОЕ СЕРДЦЕ И РОДЫ

Совершенствование методов и расширение объемов оперативного лечения пороков сердца увеличивает с каждым годом количество беременных женщин, которые в прошлом перенесли операции на сердце.

Под наблюдением находилось 42 беременные женщины, которым в различные сроки до наступления беременности была выполнена операция на сердце.

Среди них были 3 женщины, которым была выполнена операция-имплантация ЭКС-2 по поводу полной поперечной блокады, 12—оперированны по поводу врожденных пороков сердца, 22 женщины перенесли митральную комиссуротомию при митральном стенозе III—IV стадии по А. Н. Бакулеву, у 5 больных был протезирован митральный клапан.