

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 ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ՀԵՄՈԴԻՆԱՄԻԿԱՅԻ
ԱՌԱՆՁՆԱԶՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

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.

Для оценки степени нарушения кровообращения мы пользовались Нью-Йоркской классификацией недостаточности кровообращения.

При выборе тактики ведения беременности и родов мы пользовались следующими критериями. Больным с недостаточностью кровообращения по I классу рекомендовали донашивание беременности и самостоятельные роды. II класс—беременные нуждались в медикаментозной коррекции гемодинамики в родовом периоде. Вопрос о способе родоразрешения решали во время родов: при ухудшении гемодинамики исключали потужную деятельность. При недостаточности кровообращения по III классу сохранять беременность не рекомендовали, а если сердечно-сосудистая недостаточность развивалась во второй половине беременности, то на фоне интенсивной терапии роды вели с включением потужного периода. IV класс нарушения кровообращения считали показанием к прерыванию беременности в любые сроки на фоне интенсивной терапии.

Особое внимание обращает на себя малочисленная группа больных (3) с полной поперечной блокадой и имплантированными кардиостимуляторами ЭКС-2. Предродовой, родовой и ранний послеродовой периоды протекали у них тяжело, несмотря на интенсивную терапию. Учитывая особенности заболевания, трудности управления гемодинамикой, 2 больным родоразрешение провели путем «кесарева сечения» в момент начала родовой деятельности. У 3-й больной роды были досрочные в 38—39 недель через естественные родовые пути с наложением акушерских щипцов. У этой больной послеродовой период протекал более благоприятно.

Группа женщин, оперированных ранее по поводу врожденных пороков сердца, довольно хорошо перенесла беременность и роды. Лишь 2 больным из 12 потребовалось выключение потужного периода, так как у одной из них была установлена неполная коррекция порока, а у другой оставалась высокая легочная гипертензия.

Степень нарушения гемодинамики в период беременности и родов у женщин, перенесших митральную комиссуротомию, зависела от адекватности выполненной операции. Среди наших больных этой группы выключение потужного периода потребовалось у 6 женщин, а у 4—родоразрешение выполнено путем кесарева сечения.

У наблюдаемых нами 5 женщин, перенесших протезирование митрального клапана, к концу беременности по степени нарушения гемодинамики 2 были отнесены к I классу, 2 по II классу и одна к III классу. Только одна женщина, у которой с момента операции прошло 7 лет и роды были вторые, родила сама без каких-либо осложнений. Остальные женщины родоразрешались путем кесарева сечения с целью более четкого управления за кровообращением.

Как видно из наших наблюдений при выборе тактики по ведению беременности и родов у женщин, перенесших ранее операцию на сердце, можно пользоваться Нью-Йоркской классификацией недостаточности кровообращения.

Սրտի վիրահատություն տարած կանանց հղիության ընթացքի և ծննդաբերության տակտիկայի ընտրության ժամանակ կարելի է օգտվել արյան շրջանառության անբավարարության նյութերի զանազան ցուցանիշներից:

M. S. Chekan, O. L. Arshinova

The Operated Heart and Pregnancy

S u m m a r y

For the choice of the therapeutic tactics in conduction of the pregnancy and labor activities of women, who have undergone the operations on the heart, it is suggested to use the New York classification of the circulatory insufficiency.

УДК 616.12—008.331.1:616.127—008.3

И. И. МЯГКОВ, П. С. НАЗАР

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИНДЕКСА ОПОРОЖНЕНИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Эхокардиографическое исследование проведено у 26 больных пограничной гипертензией (ПГ; I группа), 98 больных гипертонической болезнью I и 2-й стадий (ГБ II и III группы) и 37 больных гипертоническим вариантом хронического гломерулонефрита (ГВХГН; IV группа). Возраст больных варьировал от 19 до 57 лет. Анализ Эхо-КГ картины проводили по общепринятой методике. Кроме того, вводились дополнительные параметры: удельное периферическое сопротивление и индекс опорожнения левого предсердия.

Анализ полученных результатов (табл. 1) выявил однонаправленность гемодинамических сдвигов во всех группах больных, однако с различной степенью выраженности, зависящей в определенной мере от клинической формы артериальной гипертензии. Прослеживалась также четкая закономерность между минутным объемом сердца и удельным периферическим сопротивлением у больных ГБ 2-й стадии и ГВХГН. Показатели, отражающие сократительную функцию левого желудочка, снижались только у больных этих групп.

Центральным показателем явился индекс опорожнения левого предсердия, величина которого уменьшалась более чем в 1,5 раза у больных ГБ 2-й стадии и ГВХГН.