

Ա. Գ. ՅԻՄԱԿՈՒՐԻԶԵ, Տ. Ի. ԷԼԻԱՎԱ, Մ. Մ. ԴԱՆԵԼՈՎ
 ՍՐՏԱՅԻՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՃԱԽԱՍՐՏՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ
 ՆՈՐՄՈ— ԵՎ ՀԻՊՈՎՈԼԵՄԻԱՅԻ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Ա մ փ ն փ ն լ մ

Հաստատված է, որ սրտային կծկումների առավել հաճախացումը շրջանառող արյան ծավալի պակասի ժամանակ հեմոդինամիկորեն ոչ արդյունավետ է և նպաստում է սրտային անբավարարության առավել արագ զարգացմանը:

A. G. Tsimakuridze, T. I. Eliava, M. M. Danielov

Cardiac Activity in Tachycardia in Conditions of Normo- and Hypovolemia

S u m m a r y

It is established that the significant high frequency of cardiac contractions in deficiency of the circulating blood volume is not hemodynamically effective and facilitates the quicker development of cardiac insufficiency.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Кубышкин В. Ф. Кардиодинамические фазовые синдромы. Киев, 1982.
2. Пагава А. В., Цимакурдзе А. Г. В кн.: «Проблемы техники в медицине». Тбилиси, 1986.
3. Петров И. Р., Васадзе Г. Ш. Необратимые изменения при шоке и кровопотере. Л., 1972.
4. Ciardullo R. L., Schaft H. V., Flaherty J. T. et al. J. Thorac. Cardiovascular Surg., 27, 178, 1979.
5. Fujiyama M., Furuta Y., Matsumura J. et al. Jap. Circ. J., 48, 1312, 1984.
6. Herndon J., Sagava M. Am. J. Physiol., 65, 217, 1969.
7. Kavalier F., Harris R. S., Lee R. J., Fisher V. J. Circ. Res., 28, 533, 1971.
8. Mahler F., Yoran C., Ross J. Am. J. Physiol., 227, 569, 1974.
9. Quinones M. A., Gaasch W. H., Alexander J. K. Circulation, 53, 293, 1976.
10. Shepard R. S., Kirklin J. W. J. Thorac. Cardiovascular Surg., 58, 694, 1969.

УДК 616.124.3+616.131—072.2:616.124.2/3—005.8

Б. А. ДЕНИСЕНКО, Б. И. РАБИНОВИЧ, А. К. ВАХРУШЕВ, С. В. САВИНКИН

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ
 ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА И ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОЧЕТАННОГО ИНФАРКТА
 МИОКАРДА ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ

Диагностические возможности метода катетеризации правых отделов сердца и легочной артерии при инфаркте миокарда правого и левого желудочков (ИМПЛЖ) до конца не выяснены. Одни авторы отметили при ИМПЛЖ повышение конечно-диастолического давления в правом желудочке (КДДПЖ) и среднего давления в правом предсер-

дии (СрДПП) при нормальном конечно-диастолическом давлении в легочной артерии (КДДЛА) [3]. Другие представили данные о нормальных и даже низких цифрах внутриполостного давления при этом варианте инфаркта миокарда (ИМ) [4]. Вместе с тем, известно, что при изолированном ИМ левого желудочка может происходить повышение уровня давления в правых отделах сердца [5].

Целью настоящего исследования явилось изучение диагностической значимости показателей давления в правых отделах сердца и легочной артерии для диагностики ИМПЛЖ.

Материал и методы. В разработку были взяты результаты катетеризации правых отделов сердца и легочной артерии у 53 больных ИМ, диагнозы у которых верифицированы секционно. I группу составили 23 пациента с ИМПЛЖ, II группу—30 больных с ИМ левого желудочка. В первые трое суток от начала ИМ с согласия больных проводилась катетеризация правых отделов сердца и легочной артерии катетерами Свана-Ганца через вену локтевого сгиба. Кривые давления записывались на аппарате «Мингограф-81». Полученные результаты обработаны методами вариационной статистики. Проводился расчет информативности, чувствительности, специфичности, предсказательной ценности положительного и отрицательного результатов теста [1, 2].

Результаты и обсуждение. Установлено, что у больных при ИМПЛЖ по сравнению с ИМ левого желудочка имеется достоверное повышение КДДПЖ и СрДПП (табл.). Давление наполнения левого желудочка и давление заклинивания оказались в группах одинаковыми. В связи с этим отношение КДДЛА к КДДПЖ в I группе достоверно ниже, чем во II. Обращало на себя внимание, что при ИМПЛЖ систолическое давление в правом желудочке (СДПЖ) оказалось достоверно меньшим и отсюда снижалась систоло-диастолическая разница в правом желудочке.

Таблица

Данные катетеризации полостей сердца и легочной артерии у больных с ИМПЛЖ (I группа) и изолированным левожелудочковым ИМ (II группа), $M \pm m$

Показатели давления, кПа	I группа	II группа	P
СрДПП	$1,77 \pm 0,17$	$0,90 \pm 0,12$	$<0,001$
СДПЖ	$4,89 \pm 0,54$	$5,83 \pm 0,31$	$<0,05$
КДДПЖ	$1,76 \pm 0,25$	$0,87 \pm 0,13$	$<0,001$
КДДЛА	$2,55 \pm 0,43$	$2,57 \pm 0,27$	$>0,5$
Среднее давление заклинивания	$2,84 \pm 0,70$	$2,50 \pm 0,34$	$>0,5$
КДДЛА/КДДПЖ	$1,28 \pm 0,14$	$3,67 \pm 0,33$	$<0,001$

Наиболее чувствительными для диагностики ИМПЛЖ оказались: КДДПЖ выше 1,14 кПа (73,4%) и отношение КДДЛА к КДДПЖ менее 1,5 (72,7%) при еще большей специфичности (соответственно 80 и 92,4%). Особенно следует выделить отношение КДДЛА/КДДПЖ, которое имело и высокую предсказательную ценность положительного результата теста (90,5%) при значениях менее, чем 1,5 и высокую пред-

сказательную ценность отрицательного результата при его значениях более 2,0. Этот показатель оказался и самым информативным для выявления ИМПЛЖ (6,08). Информативность повышения КДДПЖ была чуть ниже (3,45). Оценка СрДПП показала также его достаточную информативность для диагностики ИМПЛЖ (3,02). Повышение СрДПП от 1,73 кПа и более встречалось у 54,2% больных ИМПЛЖ при специфичности 90,3%. Предсказательная ценность положительного результата теста—значительная (84,8%). При оценке показателей СДПЖ и систолического давления в легочной артерии (СДЛА) обращало на себя внимание, что наибольшей специфичностью обладали величины менее, чем 3,19 кПа (соответственно 96,7 и 92,6%) и более 7,98 кПа (соответственно 86,7, 88,9%). Низкие цифры СДПЖ, встречаясь в 1/3 случаев, благодаря своей высокой специфичности (92—96%) свидетельствуют о вовлечении в процесс правого желудочка. Это связано вероятно, с развивающейся гиповолемией, которая способствует маскировке гемодинамических проявлений поражения правого желудочка (отсутствие повышения КДДПЖ).

Очень высокие СДПЖ и СДЛА (7,98 кПа и более) оказались также характерными для поражения обоих желудочков. По-видимому, в этих случаях в связи с выраженной гипертензией и гипervолемией из-за тяжелой левожелудочковой недостаточности увеличивается посленагрузка для правого желудочка, что в условиях редуцированного коронарного кровоснабжения способствует формированию очагов некроза в этом отделе сердца. Не исключено, что описанные крайние отклонения СДПЖ и СДЛА являются последовательными фазами одного компенсаторного механизма, который включается при ИМ правого желудочка.

Таким образом, при ИМПЛЖ имеется повышение СрДПП, КДДПЖ и снижение отношения КДДЛА/КДДПЖ. Наибольшей информативностью (в битах) для диагностики одновременного ИМ обоих желудочков обладают показатели: КДДЛА/КДДПЖ (6,08), КДДПЖ (3,45), СрДПП (3,02), СДЛА (1,97) и СДПЖ (1,45). Отношение КДДЛА/КДДПЖ менее 1,5 и величина КДДПЖ равная 1,14 кПа и более оказались наиболее чувствительными и специфичными показателями для распознавания вовлечения в ИМ правого желудочка.

Новокузнецкий ГИДУВ

Поступила 27 V 1986 г.

Բ. Ա. ԴԵՆԵՍԵԿՈՒ, Բ. Ի. ՌԱՐԻՆՈՎԻՉ, Ա. Կ. ՎԱՆՐՈՒՇԵԿ, Ս. Վ. ՍԱՎԻՆԿԻՆ

ԱՋ ԵՎ ԶԱՆՔ ՓՈՐՈՔՆԵՐԻ ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ԶՈՒԳԱԿՑՎԱԾ ԻՆՅԱՐԿՏԻ ՀԱՄԱՐ
ԹՈՔԱՅԻՆ ԶԱՐԿԵՐԱԿԻ ԵՎ ՍՐՏԻ ԱՋ ԲԱԺԻՆՆԵՐԻ ԿԱԹԵՏԵՐԻԶԱՑԻԱՅԻ
ՑՈՒՅԱՆԻՇՆԵՐԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆԸ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Սրտի մեջ բաժինների և թոքային զարկերակի կաթնաթիղջացիան հանդիսանում է աշ փո-
րորի սրտամկանի ինֆարկտի ախտորոշման համար ինֆորմատիվ մեթոդ: Առավել նշանակություն
ունի թոքային զարկերակի և աշ փորորի ճնշումների հարաբերակցությունը:

The Estimation of the Significance of the Indices of the Cardiac Right sections and Pulmonary Artery Catheterization in Diagnosis of the Combined Myocardial Infarction of the Right and left Ventricles

Summary

The catheterization of the right sections of the heart and pulmonary artery is a method, giving sufficient information for the diagnosis of the right ventricular myocardial infarction. The most significant is the correlation between the pressure in the pulmonary artery and right ventricle.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Л., 1978.
2. Ластед Л. Введение в проблему принятия решений в медицине. М., 1971.
3. Cohn J. N. Am. J. Cardiol., 1979, 43, 666—668.
4. Isner J. M., Roberts W. C. Ibid., 1978, 42, 885—894.
5. Trigano J. A. Coeur. Med. Int., 1978, 17, 43—48.

УДК 616.13—007.64—07

Е. Е. ЛИТАСОВА, В. Г. СТЕНИН, С. А. РЕЗЕПИН, А. М. КАРАСЬКОВ

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ АНЕВРИЗМ СИНУСОВ ВАЛЬСАЛЛЫ

Аневризмы синусов Вальсальвы относятся к категории редких пороков сердца и требуют сложной дифференциальной диагностики, включая рентгено-хирургические методы исследования. Ряд авторов отмечают, что обнаружение изолированных неосложненных аневризм синусов Вальсальвы практически невозможно, так как клинические проявления порока возникают при прорыве аневризмы в полости сердца [1—3].

Материал и методы. В клинике Новосибирского НИИ патологии кровообращения МЗ РСФСР наблюдали 13 больных с аневризмами синусов Вальсальвы (табл. 1). Во всех случаях зондирование полостей сердца и сосудов производили по Сельдингеру пункцией правой подключичной вены или правой бедренной артерии, у 9 больных сделали чрезвенное и чрезартериальное зондирование, артериальное—у 3, чрезвенное у 1. Контрастное вещество вводили в аорту 11 пациентам, в левый желудочек и левое предсердие—5, в правый желудочек—1 больному.

Результаты и их обсуждение. Диагностика этого порока без зондирования сердца затруднительна, а зачастую и невозможна. Изучение клинических данных у наших пациентов не выявило строго патогномоничных симптомов, позволивших бы без сомнения установить