

9. Телкин Б. М. Дис. канд. Новосибирск, 1983. 10. Фитилёва Е. Б. Течение и прогноз ишемической болезни сердца. Кишинев-Штинца, 1983. 11. Халфен Э. Ш. Ишемическая болезнь сердца. М., 1972. 12. Чазов Е. И., Боголюбов В. М. Нарушение ритма сердца. М., 1972. 13. Янушкевичус З. И., Бредикис Ю. Ю., Лукошявичюте А. И., Забела П. В. Нарушения ритма и проводимости сердца. М., 1984. 14. Alboni P., Piranti R., Paparella N. et al. Int. J. Cardiol., 1985, 7, 3, 225. 15. Gross D. Cardiol., 1962, 41, 247. 16. Johnson R. L., Bungo M. W. Aviat. Space and Environ. Med., 1983, 54, 2, 1.0. 17. Shannon C. Bell. Syst. Tech. J., 1948, 27, 3, 379.

УДК 616.127—005.8—036.7:614.23:

К. Г. Адамян, Л. А. Енгибарян, А. Р. Саркисов,  
Л. С. Оганесян, Ш. Г. Мартиросян

### ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Данные литературы о влиянии локализации инфаркта миокарда (ИМ) на состояние трудоспособности весьма малочисленны и противоречивы. Ряд авторов [3, 4, 7] считают, что локализация ИМ мало влияет на состояние трудоспособности больных. Иного мнения придерживаются другие авторы, подчеркивая, что при передней локализации ИМ (ПИМ) наблюдается более тяжелое течение заболевания, чем при задней (ЗИМ) [1, 2, 5, 10—13]. Учитывая, что одним из основных факторов, прогнозирующих состояние трудоспособности, является уровень физической переносимости [6, 10, 11], мы проанализировали результаты велоэргометрической пробы (ВЭП) в сопоставлении с данными ВТЭК у больных с ПИМ и ЗИМ [8, 9].

Таблица 1

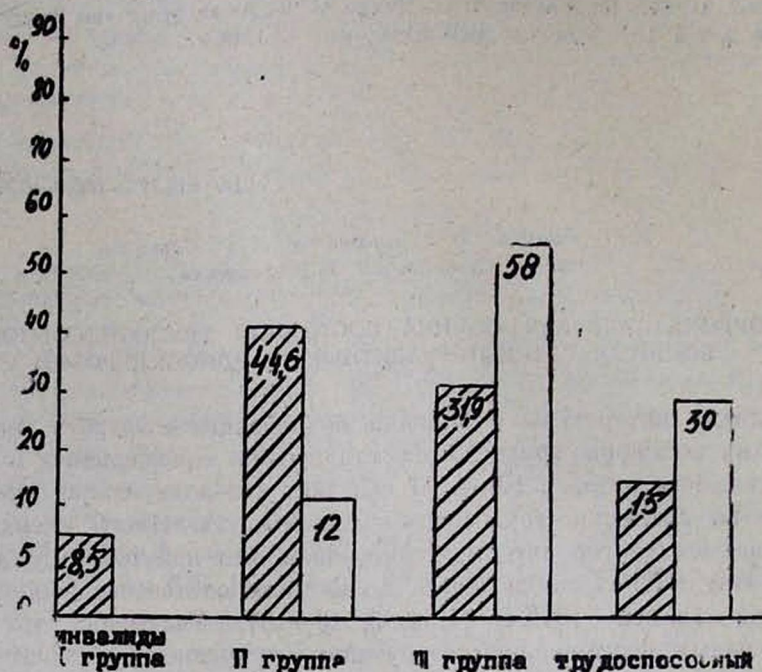
Изменение величин ПМН при различных локализациях рубцовых изменений миокарда (%)

ПМН, кгм/мин	З И М	П И М
150	—	30,7
300	28,74	34,78
450	20,9	18,0
600	20,0	11,95
750	18,1	4,53
900	6,64	—
1050	5,62	—

Цель настоящей работы заключалась в выявлении влияния локализации ИМ на состояние трудоспособности больных, перенесших острый ИМ, по истечении двух лет. Под наблюдением находились 147 больных, из них 58 имели рубцовые изменения на передней и 89—на задней стенке левого желудочка. У всех больных проводилась ВЭП.



по методике и показаниям ВКНЦ АМН СССР, разработанным для больных, перенесших острый ИМ. При этом регистрировались ЭКГ-сдвиги, показатели центральной и периферической гемодинамики (методом реоплетизмографии), а также основные параметры физической переносимости сердца.



Состояние трудоспособности по данным ВТЭК в отдаленном периоде наблюдения (2-й год после начала заболевания). □ больные с ПИМ, ▨ больные с ЗИМ

Анализ уровня толерантности к физической нагрузке (пороговая мощность нагрузки—ПМН, *кгм/мин*) выявил, что физическая работоспособность у больных с ПИМ значительно ниже, чем при ЗИМ (табл. 1).

Нами также были проанализированы изменения основных показателей физической переносимости и центральной гемодинамики, характеризующие типы усиления функции сердца при ВЭМ нагрузке (табл. 2). На основании приведенных данных установлено, что уровень гемодинамического обеспечения физической нагрузки значительно выше у больных с ЗИМ ( $P < 0,001$ ). Это обусловлено более ограниченными функциональными резервными возможностями левого желудочка, о чем свидетельствуют данные прироста ДП, ударного и сердечного индексов, а также уровня общего периферического сосудистого сопротивления.

Наше предположение подтверждается данными ВТЭК о состоянии трудоспособности, установленными через два года после перенесенного острого ИМ (рис.).



Особенности гемодинамического обеспечения нагрузки при ВЭП у больных с различной локализацией рубцовых изменений миокарда

Показатели ВЭП	Локализация рубцовых изменений миокарда	
	П И М	З И М
Пороговая мощность нагрузки, кгм/мин	391,0±23,6 P<0,001	563,71±36,8 P<0,001
Прирост ЛП, усл. ед.	94,4±3,65 P<0,001	193,3±9,65 P<0,001
Величина МЕР, усл. ед.	3,45±0,05 P<0,05	4,56±0,02 P<0,05
Эффективность работы сердца, усл. ед.	3,97±0,019 P<0,05	5,5±0,08 P<0,05
Коэффициент резервов миокарда, усл. ед.	6,36±0,09 P<0,05	3,8±0,036 P<0,05
Ударный индекс сердца, мл/мин <sup>2</sup>	-15,6±0,8 P<0,05	-4,6±0,02 P<0,05
Сердечный индекс, л/мин/м <sup>2</sup>	3,6±0,05 P<0,05	42,9±0,8 P<0,05
Общее периферическое сосудистое сопротивление, дин/сек/см <sup>-5</sup>	15,7±0,76 P<0,05	5,2±0,07 P<0,05

Таким образом, на основании полученных данных можно заключить, что прогноз восстановления трудоспособности у больных, перенесших преимущественно ПИМ, менее благоприятный.

НИИ кардиологии МЗ АрмССР  
им. Л. А. Оганесяна

Поступила 10/XII 1989 г.

Կ. Գ. Ադամյան, Լ. Ա. Ենգիբարյան, Ա. Ռ. Մարկիսով,  
Լ. Ս. Հովհաննիսյան, Շ. Գ. Մարտիրոսյան

ՀԵՏԻՆՅԱՐԿՏԱՅԻՆ ԿԱՐԴԻՈՍԿԼԵՐՈՂՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԻՆԵՐԻ ԱՇԽԱՏՈՒՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿԻ ԱՐՅԵՔԱՎՈՐՈՒՄԸ ՎԵՂԵՐԿՈՄԵՏՐԻԱՅԻ ՄԵԹՈՎՈՎ

ԲՎՓՀ-ի վելոէրգոմետրիայի փորձի ֆունկցիոնալ տվյալների համեմատական համադրումով պարզված է, որ սրտամկանի ինֆարկտային օջախի առաջնային պատի տեղակայման դեպքում, ի տարբերություն հետին պատի ախտահարման, ֆիզիկական աշխատունակության վերականգնումը տեղի է ունենում ավելի դանդաղ՝ կապված սրտի ֆունկցիոնալ պահեստային հնարավորությունների արտահայտված սահմանափակման հետ:

K. G. Adamian, L. A. Yengibarjan, A. R. Sarkissov, L. S. Hovanessian,  
Sh. G. Martirosian

### Veloergometric Evaluation of the Working Ability Condition in Patients With Postinfarctial Cardiosclerosis

By means of comparative collation of data obtained by VEM test and MWEC conclusions in patients after acute myocardial infarction it is established that in case of anterior localization of cicatricial changes the prognosis of working ability improvement is less favourable.



1. Азизов В. А., Сидоренко Б. А., Лупанов В. Н. Кардиол., 1985, 5, с. 53.
2. Аронов Д. М., Гайсслер В. В. в кн.: Современные достижения в реабилитации больных инфарктом миокарда. М., 1983, с. 45.
3. Гассилин В. С., Куликова Н. М. Поликлинический этап реабилитации больных инфарктом миокарда. М., 1984, 4.
4. Гончарова Р. П. в кн.: Руководство по врачебно-трудовой экспертизе. М., 1981, с. 397.
5. Коган Б. М., Кузьмишин Л. Е., Лавров А. А. Кардиол., 1984, 8, с. 38.
6. Лаврова Д. И., Андреева О. С., Азизов В. А. и др. Кардиол., 1985, 12, с. 117.
7. Лупанов В. П., Азизов В. А. и др. Кардиол., 1985, 2, с. 107.
8. Лутай М. И. Кардиол., 1986, 7, с. 72.
9. Николаева Л. Ф., Аронов Д. М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. М., 1988.
10. Сененко А. Н., Ипатов П. Б., Крынский О. М. и др. Кардиол., 1984, 4, с. 21.
11. Штерн Л. В. Кардиол., 1984, 1, с. 88.
12. Kahn P. Med. Wochenschrift, 1978, 129, 38, 91.
13. Rockley G. E., Russell R. D. Circul., 1972, 45, 1, 231.

УДК 616.61—002.3—053.2:612.015

Е. В. Млынчик

### ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Благодаря успехам клинической мембранологии в настоящее время установлено, что нестабильность цитомембран почечного эпителия, усиление процессов мембранодеструкции являются важными компонентами патогенеза и морфогенеза хронического пиелонефрита у детей [4, 7, 9]. Среди прочих путей повреждения мембранных структур большое место занимают процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ). Рядом авторов в последние годы получены сведения о том, что активный микробно-воспалительный процесс в почках сопровождается усилением перекисных процессов в крови и моче, а также угнетением системы антиоксидантной защиты организма (АОС) [3, 5, 8].

В литературе практически не освещены проблемы состояния ПОЛ и АОС у детей с хроническим обструктивным пиелонефритом, подвергающихся оперативному лечению. Сопоставляя имеющиеся данные о биохимических исследованиях с результатами морфологических исследований почек у детей с аномалиями развития верхних мочевых путей, можно предположить, что мембранодеструктивным процессам, в первую очередь, подвержны цитомембраны эпителия проксимальных и дистальных канальцев почек, а также незрелые элементы почечной паренхимы [2, 4].

Целью настоящей работы явилось изучение содержания вторичных продуктов ПОЛ и антиокислительной активности крови и мочи у детей с хроническим обструктивным пиелонефритом (ХОП) в различные периоды хирургического и консервативного лечения.

Обследовано 52 ребенка в возрасте от 1 года до 14 лет с врожденными аномалиями верхних мочевых путей, осложнившимися развитием хронического пиелонефрита. Контрольную группу составили