

Отсутствие в литературе исследований такого рода не позволяет провести сравнительную оценку результатов. Представленные в работе данные могут быть использованы в качестве отправной нормы при изучении патологических состояний по данным бульбарной биомикроскопии. Выявленные топологические различия организации МЦР конъюнктивы правого и левого глаза, латерального и медиального углов правого глаза должны учитываться при бульбарной биомикроскопии. Целесообразно оценку системной микроциркуляции проводить по данным изучения МЦР бульбарной конъюнктивы левого глаза, так как микрососуды левого глаза равномерно распределены по всей поверхности конъюнктивы. При этом выбор участка исследования не будет оказывать влияние на величину исследуемых показателей.

Донецкий медицинский институт

Поступила 21/III 1985 г.

Վ. Կ. ՉԱՅԿԱ, Ի. Ա. ՄԱՏՎԵՏ, Վ. Վ. ՎԵՍԵԼՈՎՍԿԻ

ԿՈՆՋՆԵՋԱՅԻՆ ՇԱՂԿԱՊԵՆՈՒ ՄԻԿՐՈՇՐՋԱՆԱՌԱԿԱՆ ՀՈՒՆԻ ՏԵՂԱԲԱՆԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ձևաչափական մեթոդներով ցույց է տրված ոչ աչքի կոնճեզային շաղկապենու կողմնային և միջային անկյունների միկրոշրջանառական հոսքի կազմակերպման տարբերությունը:

V. K. Chayka, I. A. Matviets, V. V. Veselovski

Topologic Peculiarities of Microcirculatory Bed of the Bulbar Conjunctiva

S u m m a r y

By the morphometric methods it is shown the difference in the organization of the microvascular bed of the bulbar conjunctiva of the lateral and medial corners of the right eye. The quantitative indices of microvessels of the left eye's conjunctiva are equal on the surface of the conjunctiva.

УДК 616.379—008.64—07/616.12—008.3+616.131—008.1

Л. Н. КОТОВА, О. А. ГОЛОЩАПОВ

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В связи с недостаточной изученностью гемодинамики малого и большого круга кровообращения и состояния сократительной способности миокарда у больных сахарным диабетом (СД) нами проведено исследование ряда показателей легочной и центральной гемодинамики у 52

больных (25 мужчин и 27 женщин) сахарным диабетом в возрасте от 15 до 54 лет в зависимости от типа СД, степени тяжести и продолжительности заболевания.

Исследование проводилось поликардиографическим методом, включающим синхронно записанные на аппарате 6-Nek-3 ЭКГ, ФКГ, флебо- и кинетокардиограмм правого и левого желудочков сердца. Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) вычисляли по методу Burgstin.

Таблица I

Показатели центральной гемодинамики у больных сахарным диабетом

Показатель	I группа	II группа	P
Период изгнания, с	$0,223 \pm 0,0054$	$0,246 \pm 0,0073$	$<0,012$
Механическая систола, с	$0,261 \pm 0,0059$	$0,287 \pm 0,0067$	$<0,004$
ЧСС, мин	$79,5 \pm 2,313$	$72,7 \pm 2,589$	$>0,06$
ОПСС, дин/см ⁻⁵ /с	$1377 \pm 78,1$	$1872 \pm 193,5$	$<0,02$
СИ, л/мин/м ²	$3,40 \pm 0,173$	$2,73 \pm 0,227$	$<0,02$
ССОЖ, мл/с	$334,7 \pm 18,07$	$272,3 \pm 23,19$	$<0,04$

Выделено 2 группы больных СД в зависимости от типа и степени тяжести заболевания. К I группе отнесены 29 больных СД 1-го типа с тяжелой формой заболевания, получающих инсулин в дозе более 60 ЕД, ко II группе—23 больных СД 2-го типа со средне-тяжелым течением диабета, получающих препараты сульфанилмочевины. При этом наиболее существенным изменением гемодинамики малого круга кровообращения в обеих группах больных было статистически значимое повышение СДЛА ($45,2 \pm 2,61$ мм рт. ст. у больных I группы и $41,3 \pm 3,30$ мм рт. ст. у II). Показатели центральной гемодинамики претерпели убедительные изменения. Наиболее значимыми из них было повышение давления в левом желудочке в момент захлопывания клапана аорты ($P_{эка}$) на 12,2% у больных I группы ($P < 0,001$) и на 11,7% у больных II группы ($P < 0,007$); расход энергии миокардом (P_s) на 7,7 и 6,6% в сравнении с контролем ($P = 0,03$; $P < 0,02$ соответственно). Различие же между группами больных СД оказалось существенным, как видно из таблицы, по таким показателям, как период изгнания, механическая систола, ОПСС, СИ, ССОЖ при отсутствии существенного различия в числе сердечных сокращений (ЧСС) в минуту.

Выборочный анализ, проводимый в обеих группах больных в зависимости от продолжительности заболевания, показал, что наиболее отчетливые изменения в сократительной способности левого желудочка отмечены у больных с длительностью заболевания свыше 10 лет независимо от типа и степени тяжести СД. Выявленная нами направленность кардио- и гемодинамики свидетельствует о развитии у больных СД фазового синдрома гиподинамии левого сердца при отсутствии сколь угодно значимых изменений в сократительной способности правого, что

даст основание предположить возможную роль микроангиопатий сосудов малого круга кровообращения в генезе легочной гипертонии у этого контингента больных. При этом установлена четкая зависимость динамики изучаемых показателей от продолжительности заболевания и отсутствие видимой связи с типом и степенью тяжести СД.

Хабаровский медицинский институт

Поступила 20/1 1985 г.

Լ. Ն. ԿՈՏՈՎԱ, Օ. Ա. ԳՈԼՈՇԱՊՈՎ

ՇԱՔԱՐԱՅԻՆ ԴԻԱԲԵՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ԵՎ ԹՈՔԱՅԻՆ ՀԵՄՈԴԻՆԱՄԻԱՅԻ ՈՐՈՇ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Շաքարային դիաբետով տառապող հիվանդների կենտրոնական և թորային հեմոդինամիկայի ուսումնասիրումը հայտնաբերել է չափավոր թորային գերճնշում՝ անկախ դիաբետի և ձախ փորորի թերշարժունության համախտանիշ, որն առավել արտահայտվար է որքան երկարատև է հիվանդությունը և մեծ հիվանդի տարիքը:

L. N. Kotova, O. A. Goloschapov

Some Indices of Central and Pulmonary Hemodynamics in Patients with Diabetes Mellitus

S u m m a r y

The study of the central and pulmonary hemodynamics in patients with diabetes mellitus has revealed moderate pulmonary hypertension, independent of the type of diabetes and syndrome of hypodynamia of the left ventricle. With the increase of the duration of the disease and with the age of the patient these signs become more expressed.

УДК 616.131—007.22—089

Н. И. КРЕМЛЕВ, Г. А. САВИНСКИЙ, Р. Г. ХАЧАТРЯН

ДВУХЭТАПНОЕ ЗАКРЫТИЕ НЕЗАРОСШЕГО
АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА

Незаросший артериальный проток (НАП)—наиболее часто встречающаяся сердечно-сосудистая аномалия, составляющая 6,2—25% всех врожденных пороков сердца. Современная кардиохирургия располагает 45-летним опытом успешного оперативного лечения неосложненного НАП. В то же время при наличии легочной гипертензии риск хирургического вмешательства значительно увеличивается, а при обратном сбросе через проток оно противопоказано.

На одном из этапов поиска путей оптимальной хирургической коррекции изолированного незаросшего артериального протока, ослож-