

Г. И. АБДУЛЛАЕВ

К ВОПРОСАМ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

При оперативных вмешательствах по поводу дефекта межжелудочковой перегородки в условиях искусственного кровообращения мы применяли правосторонний чрезплевральный трансдекстравентрикулярный доступ, который, на наш взгляд, является безопасным, имеет ряд преимуществ. Он может быть успешно использован при изолированном и сочетанном дефекте межжелудочковой перегородки, при сочетании стеноза легочной артерии, тетраде Фалло и др. Переднебоковая, произведенная через 5-е межреберье торакотомия открывала широкий доступ к перикарду. Перикард рассекался на широком расстоянии от диафрагмального нерва, выделялась вилочковая железа и затягивалась на держалках. На передний листок перикарда накладывались более глубокие выворачивающие держалки. Такие швы-держалки позволяли настолько вывихнуть сердце в плевральную полость, что при затягивании их хорошо просматривался выходной отдел правого желудочка. После канюлирования верхней и нижней полых вен обычным путем под прикрытием полной перфузии, между держалками, известным образом, производилась продольная или поперечная вентрикулотомия.

Мы отдаем предпочтение поперечной вентрикулотомии, особенно при наличии инфундибулярного стеноза. При этой аномалии разрезали гипертрофированный миокард таким образом, чтобы создать достаточно широкий выход из правого желудочка. При ушивании разреза предупреждается возможное сужение.

Правосторонний и трансплевральный чрезжелудочковый доступ дает возможность корригировать порок без использования стернотомии. Наш клинический опыт позволяет рекомендовать метод правостороннего трансплеврального чрезправожелудочкового доступа при всех операциях, при которых не предполагается прямых перфузий в аорту и дренирование полости левого желудочка.

При тетраде Фалло и других подобных пороках, когда необходимо создать более обескровленное хирургическое поле, в нашей клинике, как правило, применяли трансстернальный доступ. Он дает возможность канюлировать восходящую аорту и полость левого желудочка и тем самым предупредить все известные осложнения, наблюдаемые при катетеризации бедренной артерии.

Таким образом, хирургическое вмешательство при дефекте межжелудочковой перегородки должно выполняться в зависимости от плана операции: при отсутствии показаний к катетеризации аорты и левого желудочка доступом выбора должен быть правосторонний трансплевральный доступ.

Ин-т усовершенствования
врачей им. А. Алиева МЗ СССР

Поступило 26/VI 1973 г.

Գ. Ի. ԱԲԴՈՒԼԼԱԵՎ

ՄԻՋՓՈՐՈՔԱՅԻՆ ՄԻՋՆՈՐՄԻ ԴԵՖԵԿՏԻ ԿՈՐԵԿՏԻԱՅԻ ՀԱՐՑԻ
ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Ա. մ. փ. ա. փ. ո. ի. մ.

Ելնելով սեփական կլինիկական փորձից հեղինակը երաշխավորում է աշխղմյա արանսպլերալ աջ փորոքի միջով մուտքը բոլոր վիրահատությունների դեպքում, երբ չի ենթադրվում ուղղակի պերֆուզիաները արտատում և ձախ փորոքի խոռոչների ցամաքեցում:

G. I. ABDULLAEV

CORRECTION OF DEFECTS IN THE INTERVENTRICULAR SEPTUM

С у м м а р у

Based upon his own clinical experience, the author recommends a right-side transpleural approach through the right ventricle in all operations, where direct perfusions in the aorta and drainage of the left ventricle cavity are not intended.

УДК 616.12—089—072.5

О. С. АНТОНОВ, Л. А. ДЕВЯТЬЯРОВ, Н. И. ЧЕРНЫХ

К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПУНКЦИОННОГО ИЗМЕРЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ

С целью выявления сопоставимости данных зондирования и операции мы у 80 больных незаросшим артериальным протоком сравнили величины давления крови в легочной артерии, полученные во время чрезвешного зондирования сердца и на операции до момента закрытия артериального протока. У 49 больных анализировались величины систолического, диастолического и среднециклового, а у 27 больных только систолического давления крови в легочной артерии (методом статистического анализа). Все рассматриваемые величины были соотнесены соответствующему давлению в аорте. У четырех больных непрерывно регистрировалось давление крови в легочной артерии во время зондирования и операции.

49 больных были распределены по группам в зависимости от величины систолического давления крови в стволе легочной артерии: I группа—7 больных с давлением не более 30% соответствующего давления в аорте; II группа—15 больных с давлением в легочной артерии от 31 до 60% аортального; III группа—14 больных с давлением от 61 до 90% аортального; IV группа—13 больных с давлением в легочной артерии более 90% давления в аорте.

Во время операции выявлена общая тенденция к повышению давления крови в легочной артерии и аорте у больных, систолическое давление крови в легочной артерии у которых не превышало 60% аортального. При этом соотношение между давлением крови в легочной артерии и аорте остается прежним, хотя диастолическое давление возрастало в несколько большей степени. Неоднородность изменения давления в легочной артерии при операции у больных III группы и, более отчетливая, у больных IV группы по сравнению с зондированием, по-видимому, отражает не столько сам факт оперативного вмешательства, сколько функциональное состояние сосудистого русла малого круга кровообращения и его реакцию на операционную травму.

Данные анализа исследований привели к следующим выводам:

1. Результаты, полученные при пункционных исследованиях на операционном столе, существенно не отличаются от данных измерения давления при зондировании и, следовательно, могут служить основой оценки процессов гемодинамики в малом круге кровообращения.

2. Констатируя, что оперативное вмешательство является фактором, влияющим на режим кровообращения в системе легочной артерии, необходимо отметить, что наибольшие различия в показателях давления при зондировании и операции встречаются у больных, у которых систолическое давление крови в легочной артерии не превышало