

Г. С. КИРЬЯКУЛОВ, Э. Ф. БАРИНОВ, Л. Д. ХАБОЯНЦ, И. И. ГАВРИЛОВ

ПЛАСТИКА ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ УШКОМ И НЕКОТОРЫЕ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ЭТОМ

В плане сравнительной оценки различных аутотрансплантатов, применяемых для пластики предсердий в эксперименте, нами на 30 собаках изучены пластические свойства ушка сердца.

До настоящего времени в эксперименте используется методика формирования трансплантата из правого или левого ушка, предложенная И. Ф. Матюшиным. При этом рассекается передняя стенка ушка, пересекаются трабекулы на внутренней поверхности и выполняется два параллельных разреза по его краям. В наших экспериментах для пластики предсердия использовалось лишь развернутое правое ушко на питающей ножке. Такой выбор связан с тем, что анатомические особенности сердечных ушек человека (величина, внутриполостное строение, форма) позволяют формировать лоскут преимущественно из правого ушка.

С целью определения зависимости между способом выкраивания лоскута и характером его васкуляризации проводилась инъекция сосудистой системы ушка взвесью свинцового сурика с последующей рентгенографией. При рассечении ушка по методу И. Ф. Матюшина на вазограмме сосуды дистального отдела трансплантата непосредственной связи с проксимальным отделом не имеют. При выкраивании лоскута в нашей модификации сохраняются основные ветви, кровоснабжающие ушко. На всем протяжении трансплантата имеются анастомотические связи. Необходимо лишь обратить внимание на сохранение трабекулярных мышц, поскольку пересечение их не дает должного увеличения трансплантата и в то же время таит в себе опасность повреждения магистральных сосудов.

Методика операции следующая: после выполнения правосторонней торакотомии в 4-м межреберье Г-образным разрезом рассекается перикард и на стенку предсердия накладывают мягкий зажим, что позволяет формировать лоскут, не прибегая к временному выключению сердца. С целью максимального сохранения сосудов, питающих ушко, поперечный разрез проводится не у основания его, а отступя 4—5 мм, после чего рассекается лишь один латеральный край. Медиальный и латеральный края трансплантата подшиваются непрерывным швом к стенке предсердия, на оставшийся неподшитый край лоскута и на стенку предсердия, отступая на 2 мм от границы намеченной резекции, накладываются провизорные швы. Резекция стенки предсердия выполняется на временно (2—3 мин) выключенном из кровообращения сердце (пережимаются полые вены и легочный ствол). Иссекается необходимый участок (площадь резекции варьировала от 6 до 8 см²), после чего затягиваются ранее наложенные провизорные швы и восстанавливается кровоток в полостях сердца.

Из 30 животных во время операции погибло 3 в результате дефектов хирургической техники, 27 собак перенесли операцию удовлетворительно, однако у 4 состояние прогрессивно ухудшалось. На вскрытии через 2—3 месяца после операции у них был обнаружен тромб на внутренней поверхности трансплантата, обтурирующий правое предсердие и связанный с поврежденными трабекулярными мышцами краев трансплантата; 8 собак были забиты в различные отдаленные сроки. При макроскопическом изучении трансплантата установлено, что в тех случаях, когда сохраняется достаточная его васкуляризация, ушко хорошо приживается, формирует гладкую стенку предсердия. Для показателей гемодинамики наиболее характерны изменения внутрипредсердного давления. В начале операции наложение зажима на стенку предсердия с целью формирования трансплантата приводило к повышению давления на 15—40 мм водн. ст., что было связано с уменьшением объема предсердной камеры. После снятия зажима и окончательной фиксации лоскута венозное давление хотя и снижалось, но оставалось

выше (на 10—30 мм водн. ст.) исходных цифр. К концу второй недели после оперативного вмешательства давление в полости правого предсердия возвращалось к средним величинам нормы. На ЭКГ в первые сутки после операции вольтаж P_2 достигал 2,3 мм (при норме 1 мм), в последующем величина зубца Р колебалась с тенденцией к уменьшению. Величина зубца Р возвращалась к норме лишь к концу первого месяца после операции. Продолжительность зубца Р оставалась неизменной в первые 5 суток, а затем возрастала с 0,04 до 0,06 сек. Через 30—40 дней после пластики продолжительность зубца Р уменьшалась до средних величин нормы. Существенных изменений со стороны зубца R не отмечено, интервал S-T всегда смещался выше или ниже изолинии.

Таким образом, анализ динамики внутрипредсердного давления, показателей ЭКГ, а также контрастной вазографии свидетельствует о целесообразности использования ушка для пластики стенки предсердия.

Донецкий медич. институт

Поступило 25/VIII 1973 г.

Դ. Ս. ԿԻՐՅԱԿՈՒԼՈՎ, Ե. Ֆ. ԲԱՐԻՆՈՎ, Լ. Դ. ԽԱԲՈՅԱՆՑ, Ի. Ի. ԳԱՎՐԻԼՈՎ

ԱՋ ՆԱԽԱՍՐՏԻ ՊԱՏԻ ՊԼԱՍՏԻԿԱՆ ԵՎ ՄԻ ՔԱՆԻ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ՑՈՒՑԱՆԵՐՆԵՐԸ ԱՅԴ ԴԵՊԳՈՒՄ

Ա մ փ ն փ ն լ մ

Էքսպերիմենտով կատարվել է աջ նախասրտի պատի պլաստիկան բացված ականջիկով և ականջիկի հիմնական անոթների պահպանումը ապահովում է տրանսպլանտատի բարձր պլաստիկությունը և նախասրտի նոր ստեղծած պատի ամրությունը:

G. S. KIRIAKOULOV, E. F. BARINOV, L. D. KHABOIANIS,
I. I. GAVRILOV

PLASTIC SURGERY OF RIGHT VENTRICULAR SEPTUM USING AURICLE AND ITS SOME FUNCTIONAL INDICES

S u m m a r y

The plastic surgery of right ventricular septum using auricle was made in experiment. The preservation of auricle main vessels ensures the high plasticity of transplants and the durability of operated ventricular septum.

УДК 616.12—007—053.1—001.5:617—089.583.23

Е. С. ВЕЛЬХОВЕР, С. Б. ХУСАИНОВА

ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПРИ ОККЛЮЗИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Изучались особенности церебральной гемодинамики у 60 больных с врожденными пороками сердца «белого» типа во время пережатия полых вен на операциях в условиях умеренной гипотермии. Мозговое кровообращение регистрировалось методом реоэнцефалографии, параллельно записывалась ЭКГ и определялось артериальное, венозное и ликворное давление (АД, ВД, ЛД). Ликворологические исследования выпол-