

УДК 612.12—007—089—092.9

Г. С. КИРЬЯКУЛОВ, Н. И. ВАСИЛЬЕВ, Н. И. ЯБЛУЧАНСКИЙ,
С. Д. ВАСИЛЬЕВЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ СТЕНОЗА
ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ

Среди приобретенных заболеваний сердца митральный стеноз занимает ведущее место. Данное заболевание наряду со сложными гемодинамическими нарушениями может привести и к изменению ритма сердца, в частности, мерцательной аритмии.

Получение экспериментального стеноза левого атриовентрикулярного отверстия является предпосылкой для изучения гемодинамики в малом круге кровообращения, состояние которого является одним из важных критериев операбельности больных, совершенствования методов хирургического лечения, а также получения в эксперименте мерцательной аритмии, устранение которой до сегодняшнего дня является сложной проблемой в кардиологии.

В сравнительно небольшом количестве исследований по моделированию стеноза левого атриовентрикулярного отверстия использована однотипная методика наложения проволочного или шелкового шва вокруг левого фиброзного кольца. Е. Cutler (1924) предлагал вводить в основание митрального клапана эманацию радия, вследствие чего развивалось прогрессирующее рубцевание фиброзного кольца. Ю. С. Челушин и др. (1974) достигали стеноза за счет наложения лигатуры на сухожильные нити обеих створок митрального клапана специальным аппаратом. При этой методике осложнения связаны преимущественно за счет обрыва хорд клапана.

Нами разработана методика стенозирования левого атриовентрикулярного отверстия, позволяющая четко регулировать степень его сужения. Техника эксперимента сводится к следующему: левосторонняя торакотомия в 5 межреберье, перикард рассекается параллельно левому диафрагмальному нерву и берется на держалку. Затем приподнимается верхушка сердца и через нее (в мало сосудистой зоне) проводится держалка, позволяющая в последующем, во время выполнения основного этапа операции придавать сердцу нужное положение.

Инвагинируя левое ушко, хирург исследует полость левого предсердия с точным установлением положения задней комиссуры митрального клапана. Для стенозирования отверстия мы применяем закругленную инъекционную иглу, сквозь которую проведен мадрен, последний на конце имеет петлю, в которую продета лавсановая нить № 4.

В области проекции задней комиссуры митрального клапана между веной левого желудочка и срединной веной сердца вкалывали закругленную иглу с последующим выколом ее между большой веной сердца и задней веной левого желудочка. Второй конец нити проводили под нисходящими ветвями левой коронарной артерии. Стягиванием обоих концов нити осуществляли сужение левого атриовентрикулярного отверстия. С помощью указательного пальца через инвагинированное левое ушко можно произвести ревизию передней и задней комиссур и установить степень стеноза.

Описанной методикой прооперированно 12 собак. Животные перенесли операцию вполне удовлетворительно. На вскрытии во всех случаях было установлено сужение левого атриовентрикулярного отверстия за счет обрастания створок организующимся фибрином.

Функциональные показатели (повышение давления в левом предсердии, электро- и фонокардиография) свидетельствуют о высокой эффективности предлагаемой методики.

Донецкий медицинский институт

Поступило 27/V 1976 г.

Գ. Ս. ԿԻՐՅԱԿՈՒԼՈՎ, Ն. Ի. ՎԱՍԻԼԵՎ, Ն. Ի. ՅԱԲԼՈՒՉԱՆՍԿԻ, ՍԻ. Դ. ՎԱՍԻԼԵՎ

**ՁԱԽ ՆԱԽԱՍԻՐՏ-ՓՈՐՈՔԱՅԻՆ ԲԱՅՎԱԾՔԻ ՓՈՐՁԱՐԱՐԱԿԱՆ
ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՒՄԸ**

Ա մ փ ն փ ն լ մ

*Հեղինակները մշակել են ձախ նախասիրտ-փորոքային բացվածքի նեղացման մեթոդ, որը
բույլ է տալիս ստույգ կարգավորել նրա նեղացման աստիճանը:*

KIRYAKULOV G. S., VASILIEV N. I., YABLUCHANSKY N. I.,
VASILIEV S. D.

**EXPERIMENTAL STENOSIS REPRODUCTION OF THE LEFT
ATRIOVENTRICULAR OPENING**

S u m m a r y

The authors have worked out the methods, stenosing the left atrioventricular opening which allows to regulate clearly the degree of its stenosis.

УДК 612.19:616.12—089.916.

Э. Ф. БАРИНОВ, А. В. ЛИПЧЕНКО, Ю. Н. АНДРЮШИН, Т. П. ВИНЕНЦОВА

**К ВОПРОСУ О МОРФОЛОГИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ
СЕРДЕЧНОГО И ЛЕГОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТОВ
ПРИ НОРМОТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРФУЗИИ
В УСЛОВИЯХ ИСЛП**

Целью настоящего сообщения является гистоструктурная характеристика состояния сердца и легких в различные периоды биологической нормотермической перфузии в условиях ИСЛП, что позволяет установить время, характер и причины наступающих морфологических изменений, а также определить в течение какого времени трансплантаты сохраняют наиболее полноценную структуру.

В 30 экспериментах ИСЛП выделялся по методу Robicšek—1. Максимальная продолжительность сокращения сердца в этой серии экспериментов при условии проведения физической стабилизации и биохимической коррекции составляла 9 час, что согласуется с данными других авторов. При морфологическом изучении препаратов первые признаки гистоструктурной перестройки выявлялись через 6 и в некоторых экспериментах—4 часа перфузии. Легочная ткань равномерно расправлена, альвеолы проходимы для воздуха. В просвете мелких разветвлений легочной артерии и в легочных венах отмечалось полнокровие. В микроциркуляторном русле во всех наблюдениях расстройства кровообращения были умеренно выражены или даже полностью отсутствовали. Соединительнотканые структуры легкого были мало изменены, коллагеновые волокна сохраняли фуксинофильную окраску при обработке пикрофуксином. В срезах, окрашенных толудиновым синим, определялось умеренное количество кислых мукополисахаридов, в препаратах, обработанных реактивом Шиффа, преобладали нейтральные полисахариды. Встречались единичные функционирующие артерио-венозные анастомозы. В сердце отмечалось умеренное полнокровие, межмышечная соединительная ткань всех отделов сердца разрыхлена с накоплением в основном вещества из кислых мукополисахаридов. Особенностью наблюдений было наличие отдельных