

Процесс диспансерного наблюдения должен включать в себя принципы преемственности, комплексности и—главное—адекватности проводимого лечения. Для этого необходимо регулярно, 2 раза в год, проводить полное функциональное обследование конечностей и консервативного лечения, включая контроль за показателями свертывающейся системы, особенно у больных после протезирования и тромбэктомии. Вместе с этим необходимо проводить кардиальное лечение, направленное на коррекцию изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Филиал ВНИЦ АМН СССР в г. Ереване

Поступила 12/XII 1984 г.

Ա. Ա. ՄԿՐՏՉՅԱՆ, Ա. Զ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ,
Մ. Բ. ԱՅՈՒՆՅ, Տ. Լ. ՍՈՒՆՅԱՆՅԱՆ

ՀԻՎԱՆԳՆԵՐԻ ԴԻՍՊԱՆՍԵՐԻԶԱՑԻԱՅԻ ԴԵՐԸ ԱՆՈՔՆԵՐԻ
ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՑ ՀԵՏՈ

Ա մ փ ո փ ու մ

Կոմպլեքս բուժման մեջ վերականգնողական վիրահատություններից հետո հիվանդների դիսպանսեր հսկողությունը օգնում է վիրահատության լավ արդյունքների կայունացմանը, եղջնում է հաշմադամոթյան տոկոսը, երկարացնում հիվանդների կյանքը, զգալի կերպով կրճատում է ժամանակավոր անաշխատունակության ժամկետները:

A. A. Mkrtchian, A. Z. Karapetian, M. B. Ayunts, T. L. Sultanian

Significance of Dispensary System for Patients Following
Reconstructive Vascular Surgery

С и м м а г у

Dispensary control in complex treatment of patients following reconstructive surgery promotes the improvement of surgical outcome decreases the per cent of disability, prolongs the patient's life, significantly shortens the time of disability.

УДК 616.12—007.2—089.844:616.124.6—089

В. С. РЫШКИН

РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ДЕФЕКТОВ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ
ПЕРЕГОРОДКИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ
ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

Одним из наиболее частых осложнений радикальной коррекции тетрады Фалло является реканализация дефекта межжелудочковой перегородки. Частота указанного осложнения зависит, с нашей точки зрения, от опыта кардиохирурга, метода закрытия межжелудочкового дефекта и некоторых других осложнений радикальной операции, в первую

очередь гнойно-септических. Реканализация дефекта наблюдается чаще при его ушивании (у 22% больных) и реже при пластике его заплатой—у 8%. По данным указанное осложнение имело место у 8,9% пациентов на 279 радикальных операций при тетраде Фалло. Из них было оперировано четверо. В среднем, в повторной операции нуждается примерно 6,4% пациентов. С накоплением опыта реканализация дефекта межжелудочковой перегородки встречается все реже и меньшее число больных нуждается в повторной операции. Так, по данным клиники МЭИО, на 1091 радикальную операцию повторное вмешательство потребовалось только у 31 пациента (3,1%).

Во Всесоюзном научном центре хирургии АМН СССР за последние 10 лет реканализация дефекта межжелудочковой перегородки наблюдалась у 22 больных (10,2%). У 17 из них она была подтверждена данными зондирования полостей сердца и АКГ. Повторные катетеризации были произведены в сроки от 1 месяца до 7 лет. Оперировано 5 больных (22,7%), из них 3—по жизненным показаниям вследствие присоединения ложной аневризмы выходного отдела правого желудочка (как осложнения гнойного медиастинита).

Клиническая картина у пациентов с реканализацией дефекта и выраженным сбросом крови слева направо характеризовалась длительной и стойкой докомпенсацией по большому кругу кровообращения, накоплением транссудата в плевральных полостях (чаще в правой), возникновением или усилением систолического шума в 3—4-ом межреберье слева от грудны, появлением или усилением одышки, различных нарушений ритма. У 5 пациентов наблюдалось увеличение размеров сердца. Однако следует помнить, что размеры сердца после радикальной операции могут увеличиваться вследствие вшивания заплаты в выходной отдел правого желудочка или же присоединением ложной аневризмы. Аналогичные данные приводят и другие авторы. Нормальные размеры сердца наблюдали только у 33% оперированных больных, которым производилось протезирование выходного отдела или ствола легочной артерии заплатой. По нашему мнению, остаточные сбросы крови слева-направо небольших размеров встречаются несколько чаще, однако клинического проявления это осложнение может не дать и не отразиться существенным образом на послеоперационных результатах.

Показанием к повторному оперативному вмешательству в случаях реканализации дефекта мы считаем такую величину сброса, при которой объем малого круга кровообращения в два или более раз превышает объем большого круга кровообращения.

Из вышеуказанных 22 пациентов оперировано 5. Операции произведены в сроки от 2 месяцев до 1,2 года. Трём пациентам одновременно удалялась ложная аневризма выходного отдела правого желудочка. У 4 пациентов реканализация дефекта наблюдалась в области задне-нижнего квадранта перегородки. Основными причинами реканализации дефекта указанной локализации мы считаем: 1) отсутствие хорошей ви-

димости этой части дефекта из разреза в выходном отделе правого желудочка; 2) нежность подлежащих тканей, что может сказаться во время завязывания швов; 3) желанием хирурга избежать повреждения проводящих путей и поверхностным наложением стежков шва. У всех пациентов предварительно накладывалось 2—4 шва на основание медиальной створки трехстворчатого клапана, а затем дефект закрывался непрерывным обвивным швом. В области между створкой и началом «аортальной» части дефекта накладывали широкий «П»- или «петлеобразный» шов. О важности методики наложения швов на края дефекта свидетельствуют исследования, рекомендующие использовать методику непрерывного шва проленом с затяжкой стежков только после наложения их в наиболее уязвимых местах и в оптимальных условиях.

Большинство авторов, располагающих опытом повторных операций, рекомендует выполнять повторную операцию из чреспредсердного доступа, так как он позволяет закрыть дефект в условиях хорошей видимости путем наложения отдельных швов или дополнительной заплаты. Чреспредсердный доступ предупреждает возможное повреждение коронарных артерий у пациентов при большом спаечном процессе в перикарде при применении внутривнутриперикардального метода паллиативной операции—операции Брока, анастомоза Кули и др.

Единого мнения о сроках повторной операции нет. С нашей точки зрения, решающим фактором, определяющим сроки повторной операции, является величина сброса крови слева-направо и связанная с этим степень нарушения гемодинамики.

Приводим одно наблюдение.

Б-й С., 8 лет, история болезни № 55662. Диагноз: тетрада Фалло, межсосудистый анастомоз Кули (1969 г.). 31.1.16—радикальная коррекция порока, закрытие анастомоза доступом через аорту в условиях гипотермической перфузии и холодовой кардиopleгии, пластика выходного отдела правого желудочка заплатой из дакрона. Соотношение давления в желудочках после коррекции—0,5 (пж/лж). Послеоперационный период протекал удовлетворительно до 12-го дня. Затем состояние больного ухудшилось. Появилась стойкая декомпенсация по большому кругу кровообращения, правосторонний гидроторакс. При зондировании правых отделов сердца обнаружена реканализация дефекта со сбросом крови слева-направо (2,7 л/м), сопровождающаяся повышением давления в легочной артерии до 75/20 мм рт. ст. После относительной стабилизации гемодинамики был выписан домой. Однако уже через 9 дней вновь поступил в отделение с выраженными явлениями декомпенсации кровообращения по большому кругу. Оперирован повторно из правостороннего доступа с резекцией 4-го ребра. Доступ к дефекту через правое предсердие с временным отсечением медиальной створки трехстворчатого клапана от фиброзного кольца. Заплату найти не удалось. Дефект закрыт новой заплатой также из дакрона. После операции отношение давлений в желудочках—0,3. По

данным измерения внутрисердечной гемодинамики, сброса крови в правое предсердие нет. Относительно гладкое послеоперационное течение.

Еще у 3 наших пациентов реканализация межжелудочкового дефекта сочеталась с развитием ложной аневризмы выходного отдела правого желудочка. У первых 2 больных после радикальной операции остался большой градиент давления между правым желудочком и легочной артерией, у третьей пациентки было выполнено протезирование выходного отдела правого желудочка и начальной части ствола легочной артерии заплатой из аутоперикарда. У всех 3 пациентов развитию ложной аневризмы предшествовала инфекция—гнойный медиастинит, вызванный в одном случае синегнойной палочкой, а в двух других—гемолизирующим стафилококком.

Все пациенты оперированы сразу после обнаружения ложной аневризмы. Операции начинались с правосторонней торакотомии (в 2 случаях с резекцией 4-го ребра). Канюлировалась бедренная артерия, полные вены. С началом искусственного кровообращения поперечно пересекалась грудина и выполнялась частичная левосторонняя торакотомия. Указанная методика была применена в связи с возможностью разрыва ложной аневризмы во время стернотомии. У 2 пациентов реканализация дефекта наблюдалась в «типичном» месте (нижне-заднем квадранте) и реоперация заключалась в наложении отдельных швов на края дефекта с выколом под основание медиальной створки трехстворчатого клапана и завязыванием швов со стороны правого предсердия. Третьей больной была вшита новая заплата из тефлона. К сожалению, спасти больных не удалось, они погибли в разные сроки после операции от генерализации инфекции.

В заключение следует сказать, что реканализация дефекта межжелудочковой перегородки—одно из наиболее частых осложнений радикальной операции, поэтому особое внимание должно быть уделено тщательной хирургической коррекции порока и предупреждению гнойно-септических осложнений.

Выводы

1. Показанием к повторному оперативному вмешательству у больных с реканализацией дефекта межжелудочковой перегородки следует считать стойкую декомпенсацию кровообращения, плохо поддающуюся терапии, при наличии сброса слева-направо, когда объем малого круга кровообращения превышает в 2 или более раз объем большого круга кровообращения.

2. Профилактика реканализации дефекта и возникновения ложной аневризмы выходного отдела правого желудочка должна заключаться в тщательной хирургической коррекции порока, предупреждении, своевременном выявлении и эффективном лечении гнойного медиастинита.

Վ. Ս. ՌԻՇԿԻՆ

ՖԱԼՈՅԻ ՏԵՏՐԱԴԱՅԻ ԱՐՄԱՏԱԿԱՆ ՇՏԿՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ ՄԻՋՓՈՐՈՔԱՅԻՆ
ՄԻՋՆԱՊԱՏԻ ԴԵՖԵԿՏԻ ՌԵԿԱՆԱԼԻԶԱՅԻԱՆ

Ա. մ. փ. ռ. ի. մ.

Միջփորոքային միջնապատի դեֆեկտի ռեկանալիզացիան արմատական վիրահատության հաճախ հանդիպող բարդություններից է, որի պատճառով կարևոր նշանակություն ունի արատի վիրաբուժական շտկումը և թարախային-սեպտիկ բարդությունների կանխարգելումը:

V. S. Ryshkin

Recanalization of the Ventricular Septal Defects After Radical
Correction of the Fallot's Tetrad

S u m m a r y

Recanalization of the ventricular septal defect is one of the most frequent complications of the radical operation, thus special attention must be payed to the thorough surgical correction of the defect and prophylaxis of purulent-septic complications.

РЕФЕРАТЫ

УДК 616.0 0,01 36.616.0,08

В. А. ЖЕТПИСБАЕВ

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ АНТИГИПОКСАНТОВ
НА ГЕМОДИНАМИКУ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ШОКЕ

Целью исследования явилось изучение защитного действия цитохрома С и его комбинации с витамином В₂ путем реографического исследования гемодинамики при экспериментальном травматическом шоке. Эксперименты, проводимые на 51 крысе массой 170—250 г, разделены на 6 серий. Подопытным животным в ранней стадии шока в/б вводились цитохром С (10 мг/кг) и витамин В₂ (0,01%) из расчета 0,2/100 г. Травматический шок моделировали по Кеннону. У всех животных изучали системную гемодинамику (МОК, АД, ЧСС, УО, ОПС), одновременно записывалась реограмма сонной и бедренной артерий. Контрольные серии показали, что неблагоприятным прогностическим признаком является длительное и высокое ОПС, приводящее к ослаблению функции миокарда. Отмечается падение тонуса сонной и бедренной артерии, но в бедренной артерии период полного изгнания, амплитуда систолической волны и индекс периферического сопротивления достоверно меньше исходных величин, что отражает слабую пропульсивную спо-