

1. Бойдоулас У. О., Нилл О. и др. Тер. архив, 1982, 11, 45—47.
2. Вотчал Б. Е., Слущкий М. Е. Сердечные гликозиды, М., 1973.
3. Кедров А. А. Дистрофия миокарда (миокардиодистрофия) как причина сердечной недостаточности.
4. Кукес В. Г., Волков Р. Ю. Ревматология, 1983, 2, 65—69.
5. Мухарлямов Н. М. Кардиология.
6. Сивков И. И., Кукес В. Г. Кардиология, 1975, 10, 52—61.

УДК 616.126.421—089

А. А. АМАНОВ, Д. С. ГУЛЯМОВ, Н. И. ХАН,
Р. В. АСАНОВ, С. В. КАЛИНИЧЕНКО

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АРТИФИЦИАЛЬНОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ

Закрытая митральная комиссуротомия в настоящее время является методом выбора при лечении больных митральным стенозом. Однако процент неудовлетворительных результатов операции все еще высок [1, 3, 4]. Самыми частыми причинами неудовлетворительных результатов после митральной комиссуротомии являются недостаточное расширение митрального клапана и операционная недостаточность митрального клапана. По данным ряда авторов [2, 3, 5], митральная недостаточность возникает или усиливается в 4,5—15% случаев.

Анализ 1117 чрезжелудочковых митральных комиссуротомий, выполненных в отделении хирургии сердца филиала ВНЦХ АМН СССР в г. Ташкенте с 1976 г. по 1 января 1985 г., показал, что посткомиссуральная митральная недостаточность возникает в 15,5% случаев. Изучено течение ближайшего и отдаленного послеоперационного периода в сроки до 8 лет. Клинико-инструментальному обследованию подвергнуто 150 больных с посткомиссуральной митральной недостаточностью.

Наблюдения показывают, что искусственная недостаточность I степени (114 больных, классификация Б. В. Петровского) не оказывает существенное влияние как на ближайший послеоперационный период, так и на отдаленные результаты после операции. Результат операции в отдаленный период оценивался как хороший у 82,1% больных; удовлетворительный—у 16,6%; летальный исход у 1 больного, не связанный с возникшей регургитацией. Трудоустроено 90% больных.

При II степени регургитации (22 больных) у 7 (35%) больных наблюдалась сердечная недостаточность. Динамическое наблюдение за больными с посткомиссуральной недостаточностью показало, что их состояние имеет тенденцию к прогрессивному ухудшению.

Отдаленные результаты не стабильны и ухудшаются тем быстрее, чем больше степень возникшей регургитации. Хорошие отдаленные ре-

зультаты выявлены у 35% этих больных, удовлетворительный результат—в 30,5% случаев, ухудшение—в 33%. Умерли 3 больных от прогрессирующей сердечной недостаточности с тяжелой декомпенсацией кровообращения в отдаленные сроки. У больных с неудовлетворительными результатами операции отмечены были грубые морфологические изменения клапанного аппарата, это были больные, оперированные преимущественно с IV стадией митрального стеноза.

У всех 14 больных с регургитацией III степени отмечена острая левожелудочковая недостаточность, явившаяся причиной смерти (5 случаев) в ближайший послеоперационный период. Отдаленные результаты у оставшихся в живых (9 больных) характеризуются следующей картиной: положительные результаты отсутствуют, удовлетворительные—у 3 больных, ухудшение—у 5. Судьба 1 больного нам неизвестна.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что появление регургитации I степени не опасно и на результаты митральных комиссуротомий не влияет. II и III степень ее являются тяжелой формой клапанной патологии, которая ухудшает результаты операции и угрожает жизни оперированных больных, являясь причиной развития прогрессирующей сердечной недостаточности. После тщательной консервативной терапии эти больные нуждаются в протезировании митрального клапана.

Ташкентский филиал ВНИЦ АМН СССР

Поступила 6/XII 1985 г.

Ա. Ա. ԱՄԱՆՈՎ, Դ. Ս. ԳՈՒԼՅԱՄՈՎ, Ն. Ի. ԿԱՆ, Ռ. Վ. ԱՍԱՆՈՎ,
Ս. Վ. ԿԱԼԻՆԻՉԵՆԿՈ

ԱՐԶԵՍԱԿԱՆ ՄԻՔՐԱԼ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆՔ
ՄԻՔՐԱԼ ԿՈՄԻՍՍՈՒՐՈՏՈՄԻԱՅԻՑ ՀԵՏՈ ՄՈՏԱԿԱ ԵՎ ՀԵՌԱԿԱ
ՇՐՋԱՆՆԵՐՈՒՄ

Ա մ ֆ ո ֆ ո լ մ

Հաստատված է, որ II և III աստիճանի ռեգուրգիտացիան հանդիսանում է սրտային հառաչող անբավարարության զարգացման պատճառ: Նման հիվանդները կարիք ունեն միքրալ փականի պրոթեզավորման:

A. A. Amanov, D. S. Gulyamov, N. I. Khan, R. V. Asanov,
S. V. Kalinichenko

Clinical Estimation of the Artificial Mitral Insufficiency in
Early and Remote Terms After the Mitral Comissurotomy

S u m m a r y

It is established that the regulation of the II and III stages being the cause of the development of progressing cardiac insufficiency, demands the prosthetics of the mitral valve.

1. Козлов В. А. с соавт. Кровообращение, 1978, 2, 41—46.
2. Королев Б. А., Добротин С. С., Кочедыкова Л. В. Грудная хирургия, 1975, 4, 16—21.
3. Путов Н. В., Русинов Л. Н., Гудим-Левкович Н. В. Грудная хирургия, 1974, 2, 23—28.
4. Пономарев Е. В. с соавт. Грудная хирургия, 1976, 3, 18—21.
5. Лапкин К. В., Мовсисян Р. А. В сб.: «Актуальные вопросы хирургии и осложнения в хирургической гастроэнтерологии». М., 1980, 11—14.

УДК 616.12—008.46—036.11—08:616.124—089.86

К. Л. МЕЛУЗОВ, К. А. РОГОВ, И. В. МЕЛЕМУКА, В. С. ГИГАУРИ

ИСКУССТВЕННЫЙ ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК СЕРДЦА В ХРОНИЧЕСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТАХ

Вспомогательное кровообращение (ВК) с помощью искусственных желудочков сердца (ИЖС), в частности левого отдела (ИЛЖС), является наиболее эффективным средством поддержки кровообращения в условиях острой сердечной недостаточности (ОСН). Тем не менее, проблема окончательно не решена [2—10].

Цель настоящего исследования состояла в проведении длительного шунтирования левых отделов сердца с помощью искусственного желудочка, в отработке методики послеоперационного ведения животных и изучении возможных осложнений при этом.

Кроме того, в задачу работы входила отработка методики подключения магистралей ИЛЖС к сердечно-сосудистой системе животного и оценка тромбрезистентности кровяной камеры насоса.

Материал и методика. Эксперименты проведены на 18 телятах (весом от 80 до 110 кг) в возрасте 2,5—3 месяца. Вводный наркоз осуществлялся введением животному ромпуна в дозе 1 мл/100 кг веса. Торакотомия с иссечением 5-го ребра слева. Магистралей ИЛЖС подшивались к левому предсердию и аорте через сосудистые протезы, после чего выводились наружу через контрапертуры. После послойного ушивания грудной клетки к выведенным магистралам подключался ИЖС и начиналось шунтирование крови по схеме «левое предсердие—аорта».

Объем шунтирования во всех экспериментах был не ниже 5 л/мин. Прозрачные стенки ИЖС позволяли визуально контролировать подвижность мембраны насоса, а также образование пристеночных тромбов в кровяной камере. Теленок после операции находился в специально оборудованной клетке под постоянным наблюдением персонала, осуществлявшего управление искусственным желудочком и медицинское обеспечение. В течение всего эксперимента проводилась антикоагулянтная терапия, антибиотикотерапия, коррекция водного баланса.

В экспериментах использовали ИЛЖС «Модуль-6». Максимальный ударный объем—95 мл и максимальная производительность 10 л/мин при частоте до 100 уд/мин. Подвижная мембрана выполнена из тромбрезистентного полиуретана. Клапаны (входной и выходной)—дисковые, с запорным элементом из углестала, диаметром 24 мм. Для управления насосом использовалась система управления искусственным сердцем