

Կ. Լ. ՄԵԼՈՒԶՈՎ, Կ. Ա. ՌՈԳՈՎ, Ի. Վ. ՄԵԼԵՄՈՒԿԱ, Վ. Ս. ԳԻԳԱՐԻ
ՍՐՏԻ ԱՐԶԵՍՏԱԿԱՆ ՁԱԽ ՓՈՐՈՔԸ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՓՈՐՁՈՒՄ

Ա Վ Փ Ն Փ Ն Ն Վ

Արհեստական ձախ փորորով 15 օրից ափել ապրած կենդանիների մահվան հիմնական պատճառներն են հանդիսացել ինֆեկցիոն բարդությունները՝ սեպսիսը, առողիվ արյունահոսությունները, Այդ բարդությունների կանխարգելման մեջ կարևոր է անասնաբուժական հսկողությունը:

K. L. Melousov, K. A. Rogov, I. V. Melemuka, V. S. Gigauri

Artificial Left Ventricle in Chronic Experiments

S u m m a r y

The cause of the deaths of animals with artificial left ventricle are analyzed. It is found out, that the animals, who died after 15 days, had different infections complications—sepsis, erosive bleedings.

In prophylaxis of these complications the significant role belongs to the thorough veterinary control.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Жаров А. В., Иванов И. В., Кунаков А. А., Налетов Н. А., Стрельников А. П. Вскрытие и патологоанатомическая диагностика болезней сельскохозяйственных животных. М., изд. Колос, 1982. 2. Толпекин В. Е., Мелузов К. Л., Добровольская Л. С. Грудная хирургия, 1976, 6, 39—42. 3. Чазов Е. И. Вестник АМН СССР, 1976, 12, 42—44. 4. Шумаков В. И., Толпекин В. Е., Николаенко Э. М., Мелузов К. Л. Труды II Всесоюзного съезда анестезиологов и реаниматологов. Ташкент, 1977, 542. 5. Шумаков В. И., Толпекин В. Е., Коблов Л. Ф., Дробышев А. А., Рзаев Н. М., Котошук Г. И. Грудная хирургия, 1982, 4, 42. 6. Pierce W. S., Brighton J. A., Donachy J. H. Arch. Surg. 1977, 112, 1430—1438. 7. Pierce W. S., Rosenberg G. Donachy J. H. et al. Circulation, 1985, 24—25 June. 8. Vasku J. Brno—experiments in long-term survival with total artificial heart. 1984.

УДК 616.13—007.272—073.4—8

Б. Л. ГАМБАРИН, Э. А. КАРИМОВ, Н. У. ШАРАПОВ, Ф. Ш. БАХРИТДИНОВ

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДЕТЕКЦИЯ ПРИ ЭКСТРААНАТОМИЧЕСКОМ ШУНТИРОВАНИИ АРТЕРИЙ

Несмотря на значительные успехи реконструктивной хирургии сосудов, выполнить типичную операцию при окклюзиях артерий не всегда удается в связи с неблагоприятными для этого условиями (тяжесть состояния больного, технические трудности при повторных операциях и т. д.). В этих случаях методом выбора являются различные виды атипичного шунтирования артерий [1—3]. При этом актуальным является выявление гемодинамических изменений, возникающих в так называемых «донорских» и «реципиентских» конечностях.

В связи с этим нами у 30 больных, перенесших различные атипичные реконструктивные операции на артериях, обследовано состояние регионарной гемодинамики с помощью ультразвуковой доплерометрии. Поперечное бедренно-бедренное шунтирование выполнено 22 больным, глубокобедренно-подколенное—4, подмышечно-бедренное—4.

Исследование проводили аппаратом «МЕДАТА-АВ», тип 02 00 0 (Швеция). Измеряли регионарное систолическое давление (РСД) в плечевой артерии, а также в бедренной, подколенной артериях и артериях стоп по общепринятой методике [4] с использованием стандартной манжетки шириной 18 см. Все больные обследованы до и после атипичных операций.

При выполнении поперечного бедренно-бедренного шунтирования ультразвуковая доплерометрия имеет большое значение в прогностическом отношении. Вычисляя индекс регионарного систолического давления (отношение давления на уровне измерения к давлению в плечевой артерии) на донорской конечности, основное внимание уделялось его значениям в верхней трети бедра и в области лодыжки. Наиболее оптимальным случаем для поперечного бедренно-бедренного шунтирования считаем случай, когда индекс регионарного систолического давления на бедре «здоровой» конечности не ниже 1, а на лодыжке—не ниже 0,8.

В послеоперационный период измерения производили на 4-е сут после операции и через 6 мес. Из 18 больных без патологии артерий «донорской» конечности, перенесших поперечное бедренно-бедренное шунтирование, у 11 снижения индекса регионарного систолического давления (ИРДС) на донорской ноге не выявлено ни через 4 дня, ни через 6 мес после операции. У остальных 7 больных отмечено снижение ИРДС на 8—24% на бедре, а на голени—на 12—26%. При обследовании через 6 мес эти цифры выглядели так: на бедре снижение составило 5—15%, на голени—10—20%. При этом ни у одного больного индекс регионарного систолического давления на лодыжке не снизился ниже 0,8. У больных со снижением регионарного систолического давления на донорской конечности, по данным ангиографии, имелись стенозы подвздошных артерий до 25% диаметра артерии, однако ни у одного больного выявленный синдром «обкрадывания» не проявился клинически, не отмечено исчезновение пульсации артерий стопы донорской конечности.

Из 15 больных с проходимыми артериями ниже паховой складки на реципиентской конечности при ультразвуковой детекции на 4-е сутки в 6 случаях индекс регионарного систолического давления на лодыжке достиг 1, в 8—0,8 и только у 1 больного равнялся 0,65. Клинически у всех больных было отмечено улучшение: исчезновение перемежающейся хромоты у 10, заживление язв—у 5 больных.

У 3 больных на реципиентской конечности поперечный шунт был анастомозирован с глубокой артерией бедра. При обследовании после операции индекс регионарного систолического давления у 2 больных достиг 1, у 3-го больного он увеличивался вдвое (с 0,3 до 0,6). Значительное увеличение давления на лодыжке у первых 2 больных можно объяснить наличием проходимых всех 3 артерий голени. В то же время у 3-го больного при окклюзии всех артерий голени включение глубокой

артерии бедра привело к увеличению индекса регионарного систолического давления в 2 раза с ликвидацией угрозы ампутации конечности.

При обследовании через 6 мес у всех 18 больных на реципиентской конечности индекс регионарного систолического давления был не ниже 0,75.

Необходимость строгого подхода к показаниям для поперечного бедренно-бедренного шунтирования проявляется при патологии артерий донорской конечности. Так, у 3 больных с поражением подвздошно-бедренного сегмента (2-этажные окклюзии) поперечное шунтирование выполнено при непроходимой поверхностной бедренной артерии донорской конечности с индексом регионарного систолического давления на ее лодыжке не более 0,5. Это обстоятельство диктовало необходимость одномоментной коррекции окклюзии и на донорской конечности: 2 больным выполнено бедренно-подколенное шунтирование. Послеоперационные измерения показали увеличение индекса регионарного систолического давления на донорской конечности до 0,74—0,92, а на реципиентской—до 0,66—0,77 (включена в кровоток глубокая артерия бедра), что привело к ликвидации тяжелой ишемии обеих ног.

У 1 больного реконструкция на артериях донорской конечности не была выполнена, вследствие чего после операции индекс регионарного систолического давления снизился до 0,38, и появилась ишемия покоя. Эти наблюдения указывают на целесообразность реконструкции артерий донорской конечности для профилактики синдрома «обкрадывания» при исходном индексе регионарного систолического давления ниже 0,6. У 4-го больного, по данным ангиографии, на донорской конечности имелся хороший переток в подколенную артерию, а индекс регионарного систолического давления на лодыжке равнялся 0,8. Выполненная атипичная реконструкция не вызвала снижения индекса регионарного систолического давления на донорской конечности.

Измерения, выполненные через 6 мес после операции, не выявили изменений показателей индекса регионарного систолического давления у этих больных по сравнению с послеоперационными данными.

Четырем больным выполнено глубокобедренно-подколенное аутовенозное шунтирование в связи с тромбозом бедренно-подколенного шунта и отсутствием адекватной длины трансплантата. До операции у этих больных в обязательном порядке определялось регионарное систолическое давление в верхней трети бедра. Только при индексе регионарного систолического давления на бедре, превышающем 1, считали возможным выполнение данного вида шунтирования. После операции у всех больных отмечено появление пульса на стопе. Индекс регионарного систолического давления на лодыжке после операции и при измерении через 6 мес оставался выше 1. В связи с этим можно предположить, что использование глубокой артерии-донора при бедренно-под-

У 4 больных выполнено подмышечно-бедренное шунтирование, причем у 2 из них в кровоток включены обе нижние конечности.

У 4 больных выполнен о подмышечно-бедренное шунтирование, причем у 2 из них в кровоток включены обе нижние конечности.

