

думать о возникновении проксимального шунтирования на органном уровне и возможном снижении функциональной активности жизненно-важных органов и систем.

Харьковский НИИ медицинской радиологии

Поступила 4/1 1987 г.

Վ. Գ. ՏԻՄՉԵՆԿՈ, Գ. Ի. ՏԿԱՉԵՆԿՈ, Ս. Ի. ՌՈԶԴԻԼՍԿԻ, Ա. Մ. ԼԱՊԻԿՈՎ,
Ա. Մ. ՍԵՐԵԲՐԱԿՈՎ, Ա. Կ. ԲՈՒԼԳԱԿՈՎ

ՕՆԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ՄԻՆԶԵՎ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ
ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՎԱՂ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐՈՒՄ
ՄԻԿՐՈՇՐՋԱՆԱԹՈՒԹՅԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ ԱՐՅԱՆ ՀՈՍՔԱԳՐԱԿԱՆ
ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՀԱՏԿԱՆԻՇՆԵՐԻ ՀԻՄԱՆ ՎՐԱ

Ա մ փ ն փ ն լ մ

Ստացված տվյալներից հեղինակները հետազոտված հիվանդներին առանձնացնում են «ախիլի խումբ», որոնց մոտ հնարավոր են ներանոթային միկրոշրջանառության խանգարումներով պայմանավորված հետվիրահատական բարդություններ և առաջարկում են օգտագործել այդ խնդրմացիան հիվանդների հետվիրահատական շրջանի բուժման տակտիկայի մշակման համար:

V. G. Timchenko, G. I. Tkachenko, S. I. Rozdilski, A. M. Lapikov,
A. M. Serebryakov, A. K. Bulgakov

The Characteristics of the Tissues Microcirculation on the
Base of the Blood Rheologic Properties Parameters in
Oncologic Patients in Pre- and Early Postoperative
Periods

S u m m a r y

On the base of the obtained data the authors select among the patients the „risk group“ which have predisposition to postoperative complications, due to the disturbances of intravascular link of microcirculation. This information is suggested for working out the tactics of treatment of oncologic patients in postoperative period

УДК 616.126.421—089

Д. С. ГУЛЯМОВ, Р. В. АСАНОВ, А. А. АМАНОВ,
С. А. СЕТРАКЯН, И. А. АМИЛОВА

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ «ЗАКРЫТОЙ» МИТРАЛЬНОЙ
КОМИССУРОТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ
РЕВМАТИЧЕСКОГО МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Цель исследования—изучение результатов «закрытой» митральной комиссуротомии в зависимости от степени легочной гипертензии (ЛГ) малого круга кровообращения, морфологических изменений митраль-

ного клапана и сопутствующей или возникшей при операции регургитации.

Из 349 больных у 22,6% со II стадией нарушения кровообращения; у 30,6% с III ст.; и у 46,9% с IV ст. была ЛГ I степени. Из 195 больных у 68,7% больных с III ст.; у 31,3%—IV ст. отмечена ЛГ II ст., с III ст. ЛГ было 96 больных: III ст. отмечена у 60,4%; IV у 39,6%. II—III ст. ЛГ при IV стадии встречается почти в два раза реже, чем у больных с III ст. нарушения кровообращения.

Из 640 обследованных больных—с фиброзными изменениями створок митрального клапана было 385 (60,2%), с кальцинозом I ст.—130 (20,3%), с кальцинозом II ст.—94 (14,7%) и кальцинозом III ст.—31 (4,8%) больной. У больных со II стадией нарушения кровообращения в основном были фиброзные изменения клапанного аппарата, а у пациентов с III и IV стадией нарушения кровообращения фиброз, кальциноз I—III степени обнаружен примерно в равном соотношении.

Из числа повторно обследованных 640 больных у 69,2% (443) регургитация возникла во время операции или сопутствовала митральному стенозу. Артифициальная регургитация возникла у 45,9% (203) оперированных (регургитация I ст.—у 81,8%; II ст.—10,4%; III ст.—7,9%). У больных с I ст. регургитации фиброзные изменения клапана отмечены: в 65,7%, кальциноз I ст.—в 28,9%, кальциноз II ст.—у 5,4% больных. Соответственно с регургитацией II ст.: фиброз—42,9%; кальциноз I ст.—19,4%; кальциноз II ст.—28,6% и III ст. у 9,5% больных. При регургитации III ст.: фиброз клапана—у 31,3%; кальциноз I ст. у 12,5%; II ст.—31,3%; III ст.—у 25,0% больных. Регургитация I ст. не оказывала существенного влияния на послеоперационное течение и отдаленные результаты операции. Регургитация II ст. значительно отягощала послеоперационное течение, а также влияла на результаты операции, увеличивалось время адаптации к новым условиям кровообращения, у некоторых больных появилась мерцательная аритмия, отмечалась отрицательная динамика на ЭКГ рентгенологических данных. При сравнении результатов операции больных с посткомиссуротомной артифициальной регургитацией и у 240 оперированных по поводу комбинированного митрального порока с преобладанием стеноза отмечено, что у 59,6% (143) больных регургитация была I ст. и осталась прежней, II ст. осталась прежней у 26,7% (64), до II ст., усилилась у 11,3% (27), до III ст. усилилась в 2,5% (6) больных. В группе, где степень регургитации не усилилась послеоперационный период протекал благоприятно. Ближайший послеоперационный период у больных с регургитацией усилившейся до II ст. протекал более благоприятней, чем у больных с артифициальной недостаточностью II ст., период адаптации к новым условиям кровообращения был короче, стойкая компенсация наступала через 3—6 месяцев после операции. У больных с усилившейся до III ст. регургитацией отмечалась отрицательная динамика.

Таким образом в осложненных случаях, таких как грубые фиброзные изменения клапана и подклапанных структур, наличие кальцино-

за III ст., а также появление регургитации II—III ст., являются показаниями к протезированию митрального клапана. Больные с оставшейся легочной гипертензией, но адекватно проведенной комиссуротомией нуждаются в дальнейшем терапевтическом лечении.

Ташкентский филиал ВНИЦ АМН СССР

Поступила 8/1 1987 г.

Դ. Ս. ԳՈՒԼՅԱՄՈՎ, Ռ. Վ. ԱՄԱՆՈՎ, Ա. Ա. ԱՄԻՆՈՎ, Ս. Ա. ՍԵՏՐԱԿՅԱՆ,
ՅՈՒ. Ս. ՄԱԿԱՐԵՆԿՈ, Ի. Ա. ԱԼԻՄՈՎԱ, Տ. Ա. ԱԶԱՏՅԱՆ

ՌԵԿՎԻԶԻԿ ՄԻԹՐԱԼ ՍՏԵՆՈԶԻ ԲԱՐԴԱՑԱԾ ՁԵՎԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ
«ՓԱԿ» ՄԻԹՐԱԼ ԿՈՄԻՍՍՈՒՐՈՏՈՄԻԱՅԻ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ
ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Միթրալ ստենոզով հիվանդների արյան շրջանառության փոքր շրջանի հեմոդինամիկայի ուսումնասիրումը փակ միթրալ կոմիսսուրոտոմիայից առաջ և հետո ցույց է տվել, որ վիրահատության արդյունքը վատանում է թոքային հիպերթենզիայի զարգացման աստիճանից և հիվանդության երկարատևությունից: Հիվանդներին անհրաժեշտ է վիրահատել հիվանդության զարգացման վաղ շրջաններում:

D. S. Goulyamov, A. A. Amanov, S. A. Setrakian, I. A. Amilova

The Evaluation of the Results of „Closed“ Mitral Comissurotomy in Complicated Forms of Rheumatic Mitral Stenosis

S u m m a r y

The study of the lesser circulation hemodynamics in patients with mitral stenosis before and after „closed“ mitral comissurotomy has shown, that the operation result becomes worse with the increase of the pulmonary hypertension degree and the duration of the disease. The patients must be operated on at the early stages of the disease development.