

Ս. Ս. ՀՈՎՀԱՆԻՍՅԱՆ, Ս. Ս. ԳԱՄԲԱՐՈՎ, Գ. Ա. ՊԱՊԻԿՅԱՆ,
Գ. Գ. ՄԽՈՅԱՆ, Լ. Մ. ԳԱԲՐԵԼԻՅԱՆ

ԱՆԱԷՐՈՐ-ՈՉ ԿԼՈՍՏՐԻԴԻԱԼ ԻՆՖԵԿՏԻՍԱՑՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ
ՊԼԱՍՄՈՖԵՐԵՑԻԱԿԱՆ ԿՈՄՊԼԵՔՍԱՅԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱ-ԻՄՈՒՆՈԼՈԳԻԱԿԱՆ
ԷՖԵԿՏԻՎՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Աշխատանքում բացահայտված է պլազմոֆերեզի ներդրման էֆեկտը անաէրոբ-ոչ կլոստրիդիալ ինֆեկցիայով հիվանդների կոմպլեքսային բուժման ժամանակ: Պլազմոֆերեզի սեանսից հետո, այդ հիվանդների մոտ կլինիկական լավացումը ուղեկցվում է իմունոլոգիական համակարգի մի շարք ցուցանիշների լավացումով:

S. S. Havanessian, S. S. Gambarov, G. A. Papikyan, G. G. Mkhoyan,
L. M. Gabrieliyan

Clinical and Immunological Evaluation of Plasmapheresis
in Complex Treatment of Patients with Anaerobic
Nonclostridial Infection

S u m m a r y

Application of plasmapheresis was shown to be effective in the complex treatment of patients with anaerobic nonclostridial infection. After some plasmapheresis seances clinical improvement in these patients is accompanied by reabilitation of some indices in immune system.

ЛИТЕРАТУРА

1. Glasson P. Schweiz. Med. Wsch., 1983, 113, 189—191.
2. Puccini R., Fommel E., Meconi P, et al. Artif. Organs, 1985, 9, 42—47.
3. Bianco C., Patric R., Nussenzweig V. S. Exp. Med., 1970, 132, 702.
4. Boyam A. Scand. J. Clin. Lab. Invest., 1968, 21, 97, 77—82.
5. Jondal M., Holm G., Wigzell H. J. Exp. Med., 1972, 136, 207—222.
6. Silverstein L. E., Erkman E. M., Fauburg E. Proc. Soc. Exp. Biol., (N. Y.), 1983, 173, 222—226.
7. West W. H., Boozer R. B., Herberman R. B. J. Immunol., 1978, 120, 90—95.

УДК 616.126.421—089+615.847

Б. Х. ЭЗДЕКОВ, Д. Н. БОГОЕВ, Х. Н. КУПЦОВ, Э. А. ВОСКАНИЯ

ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ
ПОСЛЕ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ

Наличие мерцательной аритмии резко ухудшает состояние больных пороками сердца, способствуя прогрессированию сердечной недостаточности и различным тромбоэмболическим осложнениям. Нельзя признать реабилитацию полной после коррекции порока сердца при сохраняющейся мерцательной аритмии.

На сегодняшний день наиболее эффективным методом восстановления синусового ритма считается электроимпульсная терапия (ЭИТ), хотя остаются противоречивыми рекомендации по отбору больных, характеру и длительности подготовки и результатам.

В Пятигорском кардиохирургическом центре с 1967 г. ЭИТ проведена 1400 больным в различные сроки после митральной комиссуротомии. Из них 459 мужчин, 941 женщина, в возрасте 17—58 лет.

До 3 месяцев после операции ЭИТ проведена 280 больным; от 3 до 6 месяцев—432; от 6 мес. до 1 года—236; от 1 года до 5 лет—293; более 5 лет—212 больным. У 920 (66%) больных была хроническая мерцательная аритмия давностью от 2 и более лет, а у 258 (19%) аритмия возникла во время или в первые сутки после операции.

Повторно ЭИТ проведена второй раз 354 больным в связи с рецидивом мерцательной аритмии, третий и более раз—182 больным. Во время операции кальциноз митрального клапана был выявлен у 374 (27%) больных, тромбоз ушка и предсердия у 256 (18%) больных. С явлениями активности ревматического процесса и септического эндокардита ЭИТ проводилась 53 больным. Митральная регургитация I степени была у 86; II степени—у 29; III степени—у 12 больных. Тромбоэмболия сосудов головного мозга и периферических сосудов до операции наблюдалась у 44 больных.

В клинику больные поступали с различной степенью выраженности сердечной недостаточности, в большинстве случаев с I или II—«А» степени. В плане подготовки к ЭИТ по состоянию проводилось лечение сердечными гликозидами, препаратами калия, противовоспалительными, общеукрепляющими, мочегонными средствами. Наряду с этим 712 больных получали хинидин; 104—новокаиномид; 58—анаприлин; 36—ритмилен; 32—кинилентин; 92—корданум.

Трансторакальную электрическую дефибрилляцию проводили под внутривенным наркозом электрическими импульсами от дефибриллятора.

Синусовый ритм после проведения ЭИТ был восстановлен у 89% больных, который сохранялся до выписки из стационара у 1196 больных (96%); до 3 месяцев—у 928 (74%); до 1 года—у 765 (61, %); до 5 лет и более—у 456 (37%) больных.

Анализ неэффективности ЭИТ позволил сделать вывод, что стойкость синусового ритма зависит в первую очередь от адекватности коррекции порока сердца. Так, у 127 больных, у которых во время операции была выявлена митральная регургитация, синусовый ритм был восстановлен у 56%, а при выписке из стационара правильный ритм сохранялся только у 42% больных. Второй причиной следует считать обострение ревматического процесса и наличие септического эндокардита. У этих больных наиболее низкий процент эффективности ЭИТ и составлял всего 39%. Третьей причиной является давность существования мерцательной аритмии. Прослеживается достоверное возрастание неэффективности ЭИТ с увеличением давности наличия мерцательной

аритмии. Положительные результаты у больных с наличием кальциноза митрального клапана также оказались гораздо ниже, чем у больных с фиброзноэластическим стенозом на 27%.

Нами проведена сравнительная аналогия между группой больных, получавших в плане подготовки к ЭИТ антиаритмические средства и больными, не получавшими их. При этом отмечено, что у больных, не получавших антиаритмические препараты число неудовлетворительных результатов выше и у них чаще возникал рецидив мерцательной аритмии в ближайшее время. Наиболее эффективным из этих препаратов мы считаем хинидин и назначаем больным до ЭИТ по 0,2 3—4 раза в сутки, а при выписке рекомендуем в течение 1—3 месяцев принимать поддерживающие дозы (0,1 2 раза в сутки).

Электроимпульсная терапия, как и любое лечебное мероприятие, имеет свои показания и противопоказания. Многие авторы считают наиболее серьезным препятствием для ее применения, имевшее место в прошлом тромбоэмболия. Этот вопрос и сейчас не нашел своего окончательного решения. В связи с этим, особый интерес и опасения вызывала данная категория больных в количестве 44 человек. Некоторые авторы рекомендуют таким больным предварительное проведение антикоагулянтной терапии.

Подготовка к ЭИТ наших больных проводилась без применения антикоагулянтов. Ни во время, ни после ЭИТ явлений тромбоэмболий не наблюдалось.

Из осложнений, с которыми мы встретились во время проведения ЭИ, это фибрилляция желудочков у 8 больных, пароксизмальная тахикардия—у 7, асистолия—у 3 и у 4 больных полиморфное нарушение ритма сердца. Все эти осложнения были устранены повторным разрядом дефибриллятора. У 2 больных был отек легких с которым удалось справиться медикаментозно.

Таким образом, полученные нами результаты позволяют заключить, что ЭИТ является эффективным средством восстановления синусового ритма у больных после митральной комиссуротомии, как важный этап реабилитации и дает положительный результат в 89% случаев. Рецидиву мерцательной аритмии способствуют обострение ревматизма, наличие кальциноза клапана и митральной недостаточности, а также нарастание признаков рестеноза. Перенесенные тромбоэмболии не являются противопоказаниями для электроимпульсной терапии. Проводить ЭИТ более эффективно на фоне приема антиаритмических средств.

При рецидиве мерцательной аритмии рекомендуется проведение повторной электроимпульсной терапии.

Բ. Խ. ԷԶԴԵԿՈՎ, Դ. Ն. ԲՈԳՈՅԵՎ, Խ. Ն. ԿՈՒՊՏՈՎ,
Է. Ա. ՈՍԿԱՆՅԱՆ

ԷԼԵԿՏՐԱԻՄՊՈՒԼՍԱՅԻՆ ԹԵՐԱՊԻԱՆ ՈՐՊԵՍ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂ
ԷՏԱՊ ՄԻԹՐԱԼ ԿՈՄԻՍՈՒՐՈՏՈՄԻԱՅԻՑ ՀԵՏՈ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ստացված արդյունքները ցույց են տվել, որ էլեկտրաիմպուլսային թերապիան հանգիստ-
նում է արդյունավետ միջոց, սինուսային ռիթմի վերականգնման համար: Էլեկտրաիմպուլսա-
յին թերապիան առավել արդյունավետ է հակաարիթմիկ դեղամիջոցների օգտագործման ֆոնի
վրա:

B. Kh. Ezdekov, D. N. Bogoyev, Kh. N. Kuptsov, E. A. Voskanian

Electric Pulsative Therapy as a Stage of Rehabilitation
After Mitral Comissurotomy

S u m m a r y

The results obtained show that the electric impulsive therapy is an effective measure for the improvement of the sinusal rhythm and is even more effective at the background of the antiarrhythmic preparations application.

УДК 616.12—007—053.1—008.9

Т. Д. КАРАПЕТЯН, И. Р. СААКЯН, Л. Ф. ШЕРДУКАЛОВА, Н. Г. СЕРДЮК

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПРИЖИЗНЕННАЯ ОЦЕНКА ЭНЕРГЕТИ-
ЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МИТОХОНДРИЙ МИОКАРДА
БОЛЬНЫХ ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО И ДЕФЕКТОМ
МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Врожденные пороки сердца, приводящие к неблагоприятному ес-
тественному исходу, требуют практически в каждом конкретном слу-
чае хирургического вмешательства. В этом плане особый интерес пред-
ставляет прижизненная оценка метаболизма патологически измененно-
го миокарда как одного из факторов, предопределяющих успех хирур-
гической коррекции. Действительно, изучение режима работы дыха-
тельной цепи митохондрий (Мх) миокарда в условиях патологии может
иметь важное значение для выяснения механизмов адаптационных пе-
рестроек на биохимическом уровне, выражающихся особенностями
реакций энергоаккумулирующей системы клетки на постоянно присут-
ствующее неблагоприятное воздействие, а также сыграть определенную
роль в оценке степени поражения кардиомиоцитов и в постоперацион-
ном прогнозе осложнений при выбранной тактике лечения. В связи с
этим целью работы явилось сравнительное изучение энергетического
статуса интраоперационного миокарда больных тетрадой Фалло (ТФ)