

Ե. Ֆ. ԼՈՒԿՈՒՇԿԻՆԱ, Օ. Մ. ԴՄԻՏՐԻԵՎԱ, Ի. Կ. ՕԽՈՏԻՆ

ԱՐՁԱԳԱՆՔԱՍՐՏԱԶԱՓՈՒԹՅՈՒՆԸ ՖԱԼԼՈՅԻ
ՏԵՏՐԱԴԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ո լ

Կատարված է արձագանքատառափական հետազոտություն ֆալլոյի տետրադայով 1 տա-
րի 11 ամսականից մինչև 13 տարեկան հիվանդների մոտ: Հայտնաբերված է աորտայի հիմքի,
աշ փորոքի խոռոչի ներքին շափսի մեծացում, ձախ նախասրտի և ձախ փորոքի խոռոչների
շափսերի փոքրացում:

Ye. F. Lukushkina, O. M. Dmitriyeva, I. K. Okhotin

Echocardiometry in Patients with Fallot's Tetrad

S u m m a r y

The echocardiographic investigation of patients with Fallot's tetrad from 1—11 months to 13 years of age has been carried out. The increase of the size of aorta's base and of internal size of the right ventricular cavity, as well as the decrease of the sizes of the left auricular and ventricular cavities are found out.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Зарецкий В. В., Бобков В. В., Ольбинская Л. И. Клиническая эхокардиография. М., 1979, 175—183.
2. Кузмичев Ю. Г., Лукушкина Е. Ф., Сафронов В. В. и др. Вопросы охраны материнства и детства. М., 1986, 12, 24—28.
3. Сидоренко Л. Н. с соавт. Грудная хирургия, 1980, 1, 25—33.
4. Assad-Morell J. L., Seward J. B., Tajik A. J. et al. Circulation, 1976, 53, 4, 663—673.
5. Chung K. J., Nanda N. C., Ritter D. C. et al. Am. J. Cardiol., 1973, 31, 126.
6. Godman M. J., Thām P., Kidd L. Br. Heart J., 1974, 36, 154—166.
7. Jarmakani J. M. M., Graham T. P., Canent R. V., Jeurett P. H. Circulation, 1972, 46, 3, 478—490.
8. Morris D. C., Felner J. M., Schlant R. C., Franch R. H. Am. J. Cardiol., 1975, 36, 7, 908—913.
9. Oguni H., Satomi J., Yamada Y. et al. J. Cardiology 1983, 13, 3, 649—659.
10. Tajik A. J., Gan G. P., Ritter D. G., Schattenberg T. Chest, 1973, 1, 107—108.

УДК 616.126.32—089.583.29

Е. Н. МЕШАЛКИН, Е. Н. ВАЛЫКА, Р. Г. КУЛЕШОВА,
М. П. КОРОТКОВА, С. Е. НАУМЕНКО

ОТКРЫТАЯ МИТРАЛЬНАЯ КОМИССУРОТОМИЯ В УСЛОВИЯХ
ОБЩЕЙ УМЕРЕННОЙ (30—28°C) ГИПОТЕРМИИ

Вопросы хирургического лечения осложненных форм митрального стеноза актуальны и требуют дальнейшего изучения. Многие хирурги в последнее время отказываются от выполнения закрытых митральных комиссуротомий и переходят к открытым, оперируя в условиях искус-

ственного кровообращения [2; 5—12]. Однако эти операции не нашли широкого применения на практике из-за дороговизны, громоздкости, технической сложности, а также множества осложнений, специфических для методики искусственного кровообращения [1, 3].

Некоторые исследователи для анестезиологического обеспечения при открытых комиссуротомиях использовали глубокую гипотермию без искусственного кровообращения [13], но эта методика дальнейшего распространения не получила.

В НИИ патологии кровообращения МЗ РСФСР накоплен большой опыт коррекции митрального стеноза на «сухом» сердце в условиях общей умеренной ($30-28^{\circ}$) гипотермической защиты без искусственного кровообращения, позволяющей безопасно выключать сердце из кровообращения на 30—40 мин, исключая перфузионные и постперфузионные осложнения.

Задачей настоящего сообщения явилось обсуждение возможности выполнения открытой митральной комиссуротомии в условиях бесперфузионной общей умеренной гипотермии.

Клинический материал. Открытая митральная комиссуротомия в условиях общей умеренной и краниocereбральной гипотермии выполнена у 302 больных с осложненными формами митрального стеноза. Возраст больных от 22 до 52 лет. Женщин было 199, мужчин—103. Длительность заболевания от 3 лет до 21 года. У всех больных зарегистрирована мерцательная аритмия. По классификации А. Н. Бакулева, Е. А. Дамир, больные относились к IV стадии заболевания.

Охлаждение осуществляли путем обкладывания больного мелкоколотым льдом. Основными принципами анестезиологического обеспечения являлись следующие. Эфирную анестезию в стадии III₁—III₂ комбинировали с морфином (1 мг/кг) и дроперидолом (0,25 мг/кг) на фоне глубокой кураризации тубарином (1 мг/кг). Защитный эффект гипотермии потенцировали применением фармакологических антигипоксантов—оксипутирата натрия и седуксена. Для проведения эффективной гипотермической защиты необходимо соблюдение последовательности введения фармакологических средств в соответствии с этапом операционного периода [4].

Левостороннюю передне-боковую торакотомию производили в 5-ом межреберье. Перед началом окклюзии в полость сердца вводили гепарин из расчета 1—2 мг/кг массы тела больного. Перекрывали кровоток по нижней полой вене, прекращали искусственную вентиляцию легких и пережимали легочную артерию и аорту. Вскрывали левое предсердие. Кровь из него забирали в стерильные флаконы для последующего переливания больному. Благодаря этому предупреждалась массивная кровопотеря.

Важным моментом операции являлось рассечение спаенных комиссур острым путем. Этим достигается радикальность и точность, сво-

дится к минимуму возможность повреждения створок. Обе створки подтягивали проволочными крючками. В результате натяжения створок обе комиссуры западали и лучше дифференцировались, после чего их осторожно рассекали не доходя 2 мм до фиброзного кольца (рис. 1). Если комиссуры не дифференцировались, а сами створки были фиброзно изменены или деформированы кальцинозом, ориентиром являлась линия между двумя противолежащими хордами, строго по кото-

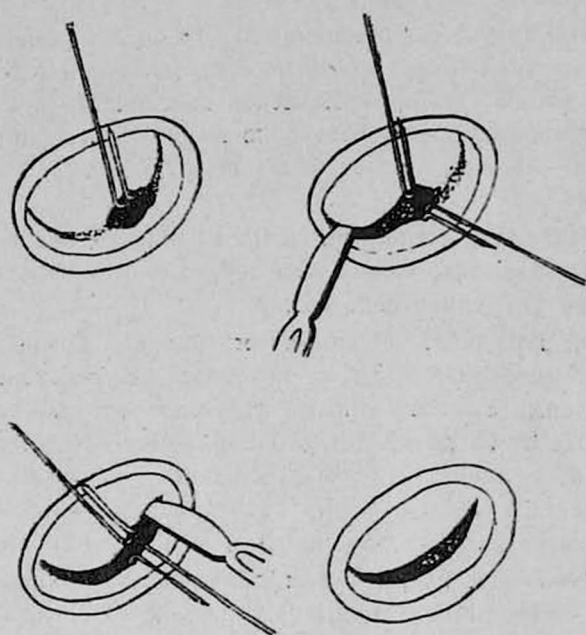


Рис. 1. Расщепление обеих комиссур скальпелем.

рой производили рассечение. Спаянные хорды и папиллярные мышцы рассекали продольно, чем достигалась хорошая мобильность створок (рис. 2).

Адекватную сердечную деятельность после герметизации левого предсердия и удаления воздуха из полостей сердца восстанавливали с помощью прямого массажа сердца, согревания его теплым стерильным физиологическим раствором. Внутривенно вводили кардиотонические препараты. В случае необходимости производили электрическую дефибрилляцию.

98 больным выполнена хордо-папиллотомия и пластика митрального клапана. У 101 больного на операции обнаружен кальциноз митрального клапана. Длительность окклюзии варьировала от 3 до 30 мин (в среднем 11 мин 9 сек). Период восстановления сердечной деятельности не превышал 10 мин. Летальных исходов во время операции не было. Госпитальная летальность составила 4,6% (14 больных).

Сравнивая отдаленные результаты (сроком до 15 лет) у больных

после открытой (102 человека) и закрытой (110 человек) митральной комиссуротомии выявлено, что с удлинением срока со времени операции число хороших результатов уменьшается в большей степени после

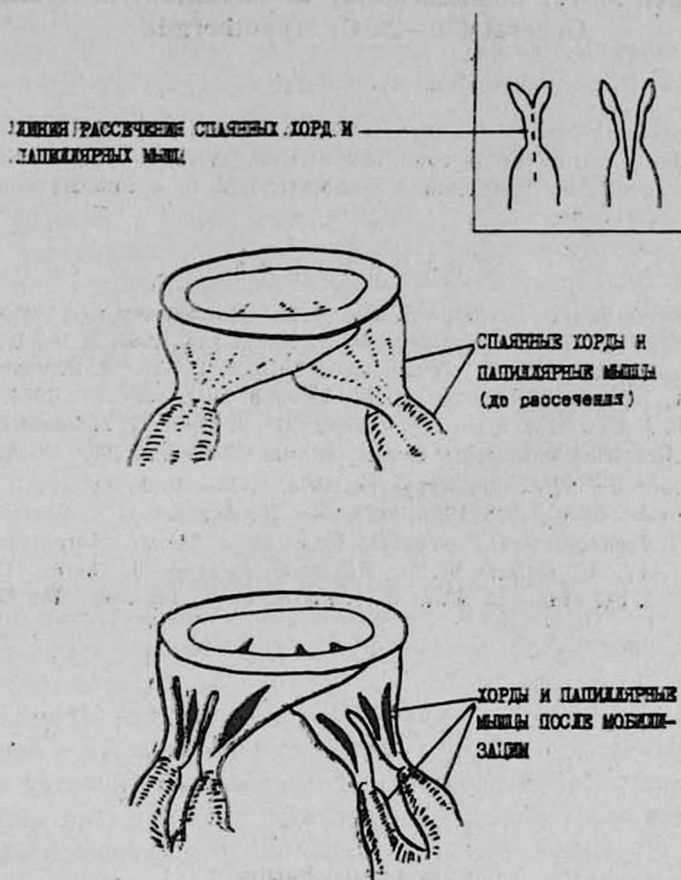


Рис. 2. Мобилизация подклапанных структур

закрытой комиссуротомии. Через 15 лет необходимость в повторном хирургическом вмешательстве возникла у 62,7% больных после закрытой и у 32,3% — после открытой митральной комиссуротомии.

Новосибирский НИИ патологии кровообращения
МЗ РСФСР

Поступила 6/IV 1987 г.

Ե. Ն. ՄԵՇԱԼԿԻՆ, Ե. Ն. ՎԱԼԻԿ, Ռ. Գ. ԿՈՒԼԵՇՈՎ,
Մ. Պ. ԿՈՐՈՏԿՈՎԱ, Ս. Ե. ՆԱՌԻՄԵՆԿՈ

ԲԱՅ ՄԻԹԲԱԼ ԿՈՄԻՍՈՒՐՈՏՈՄԻԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԶԱՓԱՎՈՐ
ՀԻՊՈԹԵԲԻՄԻԱՅԻ (30°—28°) ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

U u ſ n ſ n i ſ

Միթերալ աստեղիկ բարդացած ձևերով հիվանդների մոտ միթերալ կամփսուրոտումիան կա-
ստարված է ընդհանուր լյարդաժր հիպոթերմիայի պայմաններում առանց արհեստական շր-
ջանառության զդտագրությաման: Օգտագործվող մեկիտղը բնութագրվում է համեմատաբար ցածր
մաշակցությամբ:

The Open Mitral Commissurotomy in Conditions of Average General (30–28°C) Hypothermia

S u m m a r y

In patients with complicated forms of mitral stenosis the open mitral commissurotomy has been carried out in conditions of total average hypothermia without extracorporeal circulation. The method is characterized by a comparatively low lethality.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бураковский В. И., Рапопорт Я. Л., и др. Осложнения при операциях на открытом сердце. М., 1972.
2. Бурмистров М. И. Вестн. хир., 1968, 3, 15–18.
3. Бурмистров М. И., Немченко В. И. Грудн. хир., 1970, 6, 15–20.
4. Верещагин И. П. Дисс. докт., М., 1983.
5. Колесникова Н. И. Автореф. дисс. докт. М., 1966.
6. Константинов Б. А., Козлов В. А. и др. Грудн. хир., 1978, 4, 3–10.
7. Малиновский Н. Н., Козлов В. А. Открытая митральная комиссуротомия. Алма-Ата, 1984.
8. Петровский Е. В., Малиновский Н. Н. и др. Хирургия, 1974, 5, 13–19.
9. Aytac A., Saylam A. et al. J. Cardiovasc. Surg., 1978, 19, 3, 267–270.
10. Bonchek L. I. Chest, 1979, 75, 2, 112–113.
11. Finnegan J. O., Gray D. C. et al. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1974, 67, 1, 75–82.
12. Halseth W. L., Elliott D. P. et al. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1980, 80, 5, 842–848.
13. Nittu K., Seta K. et al. Bull. Soc. Int. Chir., 1966, 25, 4, 362–375.

УДК 616.13—089

Р. А. МАРЦИНКЯВИЧЮС

ДВЕ УСПЕШНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ С КОНДУИТАМИ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ

В настоящее время хирургическое лечение аневризм восходящей аорты с недостаточностью артериального клапана представляет собой сложную операцию одновременного протезирования восходящей аорты и аортального клапана заранее приготовленным кондуитом сосудистого протеза сшитым в него искусственным клапаном сердца. Аневризмы восходящей аорты с недостаточностью аортального клапана и диссекацией или без нее часто отмечается у больных с синдромом Марфана. Однако данные литературы и наш опыт операций на восходящей аорте показывает, что протезирование восходящей аорты и аортального клапана кондуитом отнюдь не предупреждает развитие аневризм и расслаивания в других частях аорты. Здесь представляем