

ток под эндотелием. Миоинтимальное утолщение достигало максимального развития в участках разрыва ВЭМ.

Таким образом, повреждение ВЭМ зависит от силы сдавления и конструкции зажима, а скорость и характер репаративной регенерации эндотелия и интенсивность формирования миоинтимального утолщения — от степени повреждения соединительнотканного каркаса артерии.

Ивановский медицинский институт

Поступила 5/IX 1988 г.

Մ. Լ. ՌԵԽՏԵՐ, Ա. Ա. ՄԻՐՈՆՈՎ, Օ. Ա. ԲԱՍՄԱՆ, Ի. Վ. ՊԵՏՐՅԱԿՈՎ

ԱՌՆԵՏԻ ԱՌՏԱՅԻՆ ԻՆԹԻՄԱՅԻ ՎԵԱՄՄԱՆ ԵՎ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՄԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՍԵՂՄԻՉՆԵՐԻ ԴՆԵԼՈՒ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո մ

Մշակված է անոթային սեղմիչների որակի գնահատման համար փորձարարական մոդել, որը եզրափակվում է առնետի որովայնային աորտան արյունից նախօրոք մաքրելուց հետո սեղմիչ դնելով, էլեկտրոնային սրենհոացնող մանրադիտակով հետազոտվելով թլայամբ:

M. L. Rekhter, A. A. Mironov, O. A. Bauman, I. V. Petryakov

Peculiarities of the Affection and Recovery of the Rat's Aortic Intims at the Application of the Vascular Clamps

Summary

The experimental model is worked out for the estimation of the vascular clamps' quality. The clamp is applied on the preliminarily washed from blood abdominal aorta of the rat with the following analysis in the scanning electron microscope.

УДК 616.126.42—003.84—089.28—089.12

А. М. ГРИШКЕВИЧ, А. Н. ОРЛОВ, Л. Е. ГРАБАР

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕ ИЗОЛИРОВАННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА СЕРДЦА ШАРОВЫМИ ПОВОРОТНО-ДИСКОВЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Рентгенологическое исследование изменений сердца проведено у 30 больных с дисковыми протезами в аортальной позиции (24 пациента с протезом «ЭМИКС» и 6 больных с протезом «ЛИКС»). Контрольную группу составили 25 больных с шаровым протезом «АКЧ-06». Продолжительность наблюдений от 6 мес до 4 лет.

До операции, сердечно-грудной индекс (СГИ) у 7 больных не превышал нормы (0,50 ед) и у 48 больных был увеличен от 0,51 до 0,69 ед. Объем сердца (Vс) у больных основной группы составлял $854,1 \pm 10,8$

мл/м², у больных контрольной группы— $863,2 \pm 12,1$ мл/м² (норма—400—600 мл/м²). У всех больных увеличен преимущественно за счет левого желудочка. Длина 4-й дуги составляла $10,8 \pm 1,1$ см. Поперечник 4-й дуги, характеризующий толщину миокарда левого желудочка, был равен $1,57 \pm 0,04$ см. Во втором косом положении I степень увеличения левого желудочка была у 12 больных. II степень—у 13 больных и III степень—у 30 больных. В основной группе объем левого желудочка (Vл. ж.) составил $243,3 \pm 16,8$ мл/м², в контрольной— $248,9 \pm 14,4$ мл/м².

На протяжении госпитального периода отмечено незначительное увеличение Vc в обеих группах, что обусловлено снижением его сократительной способности вследствие операционной травмы. В дальнейшем происходила адаптация сердца к имплантированному протезу и в течение 2—3 месяцев после операции Vc не изменялся. Положительная динамика размеров сердца отмечена через 4 мес после операции. Выраженность динамики Vc зависела от типа имплантированного протеза. У больных основной группы СГИ снизился до $0,15 \pm 0,01$ ед, у больных контрольной группы снизился незначительно и составил $0,54 \pm 0,01$ ед. Vc в исследуемых группах больных уменьшился соответственно на 24, и 15%. Длина 4-й дуги сократилась на 6% у больных с шаровым протезом и на 9% у больных с дисковыми протезами. Следует отметить, что поперечник 4-й дуги у больных контрольной группы практически не изменился, а у больных основной группы уменьшился на 29%. Нормализация размеров левого желудочка зарегистрирована у 8 больных с дисковыми протезами и у 5 больных с шаровым протезом. У 41 больного левый желудочек сердца соответствовал I—II степени увеличения. В среднем, радиус левого желудочка уменьшился на 26,1% после имплантации дисковых протезов и на 18,6% после имплантации шарового протеза. Vл. ж. соответственно снизился на 32,7 и 21,8%. Через I—1,5 года после операции происходила стабилизация размеров сердца и при отсутствии осложнений, дальнейшие изменения носили слабовыраженный характер.

В отличие от левого желудочка аорта не претерпевала существенных изменений. До операции ее диаметр был одинаковым в обеих группах (3,4 см—в контрольной, 3,8 см—в основной). После имплантации дисковых протезов он составил 3,7 см, а шарового—3,6 см.

Таким образом, после замены аортального клапана протезом, у больных отмечалось обратное развитие рентгенологических признаков аортального порока. Положительная динамика была более выражена после имплантации поворотного-дисковых протезов. После имплантации шарового протеза у больных сохранялись признаки гипертрофии миокарда, что связано с наличием высокого градиента давления, свойственного этому типу искусственных клапанов.

ԳԵՂԱՋԵՎ ԵՎ ՇՐՋԱԴԱՐՁԱՍԿԱՎԱՌԱԿԱՅԻՆ ՊՐՈԹԵԶՆԵՐՈՎ ՍՐՏԻ ԱՈՐՏԱԼ
ՓԱԿԱՆԻ ՄԵԿՈՒՍԱՑՎԱԾ ՊՐՈԹԵԶԱՎՈՐՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ ՌԵՆՏԳԵՆԱՐԱՆԱԿԱՆ
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հաստատված է, որ վիրահատությունից հետո հեռակա ընթացքում ձախ փորոքի չափսերի փոքրացում նկատվել է բոլոր հիվանդների մոտ: Սրտի չափսերի նորմալացում նկատվել է ավելի հաճախ սկզբնական աղբյուրների հիվանդների մոտ:

A. M. Grishkevich, A. N. Orlov, L. Ye. Grabar

Roentgenologic Changes after Isolated Prosthetics of the Aortic Valve by The Globular and Rotating-Disc Prosthetics

Summary

It is found out that at the remote terms after operation the decrease of the sizes of the left ventricle was observed in all the patients. The normalization of the cardiac sizes was observed more frequently in patients with disc prostheses.

УДК 616.12—008.331.1:616.124.4—073.97

Н. Г. ТАТИНЯН, А. Х. САФАРЯН, Л. Г. ХЛГАТЯН,
К. А. АЙРАПЕТЯН, И. Г. КАНАЯН

О СОСТОЯНИИ ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ЕЕ ДИНАМИКЕ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В работе освещается вопрос о компенсаторной роли левого предсердия (ЛП) у больных гипертонической болезнью (ГБ) в динамике развития и обратного развития заболевания с учетом функционального состояния левого желудочка (ЛЖ).

Электромеханическая активность (ЭМА) и ЛЖ и ЛП изучались методами ЭКГ и АКГ. Обследовано 100 больных ГБ в различных стадиях заболевания. Анализ ЭМА ЛП проводился в зависимости от выраженности гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ), степень которой определялась по ЭКГ критериям ГЛЖ.

Выявлено, что признаки гипертрофии ЛП (ГЛП) обнаруживаются уже на начальном этапе заболевания еще до возникновения вольтажных признаков ГЛЖ, что подтверждается результатами исследований [1, 4, 7—9] о раннем вовлечении ЛП в компенсаторный процесс. Стадия устойчивой гиперфункции и ГЛЖ сопровождается относительной стабилизацией показателей электрической активности (ЭА) ЛП, а выраженная ГЛЖ (ВГЛЖ)—их дальнейшим ухудшением.