

ՍՐՏԱԿԱՆԻ ԻՇԵՄԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԲ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՍՐՏԻ
ՇՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ՎԻՃԱԿԻ ԱՐԺԵԲԱՎՈՐՈՒՄՈՒՄ ԶԱՆ ՆԱԽԱՍՐՏԻ ՎԻՃԱԿԻ
ԿԱՆԽԱԳՈՒՇԱԿԻՉ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ (ՎԵԼՈԵՐԳՈՄԵՏՐԻԿ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ)

Ա մ փ ն փ ու մ

211 հիվանդների մոտ ուսումնասիրվել է ձախ նախասրտի և ձախ փորոքի էլեկտրական ակտիվությունը և այն համեմատվել է վելոէրգոմետրիկ հետազոտության պրոցեսում ֆիզիկական լարման համոդինամիկ ապահովման տեսակների հետ:

Պարզվել է, որ ձախ նախասրտի ֆունկցիոնալ վիճակի և նշված համոդինամիկ տեսակների միջև կա սերտ փոխկապակցվածություն:

Sh. G. Martirosian, R. S. Gabrielian, K. A. Hayrapetian, N. G. Tatin'ian
L. S. Hovanissian

Predictive Value of the State of Left Atrium in Assess of Functional Heart's Status by Veloergometric Exercise Testing in Patients with Ischemic Heart Disease

S u m m a r y

In 211 patients it was investigated the electrical activity of the left atrium and left ventricle. Results were compared with hemodynamic differences of veloergometric tests during physical load for all kinds of hemodynamics.

It was revealed that there was relationship between functional state of left atrium and all kinds of hemodynamics.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Оганесян Л. С. Кровообращение, 1989, 2, 15—18.
2. Фисенко Л. А. Кардиология, 1984, 7, 100—101.
3. Халатян Л. Г. О функциональном значении изменений электромеханической активности предсердий при остром инфаркте миокарда: Автореф. канд. дисс., Ереван, 1980, 4
4. Kitabake et al. Circulation, 1983, 68, 2, 302—309.
5. Isobe M. et al. Amer. J. Cardiol. 1986, 57, 4, 316—321.
6. Ohlmeier P. Clin. Card., 1983, 6, 1 23—26.

УДК 617.58—005.4.

Н. Н. ЗИМОН, Н. А. МАВЛЯНОВА

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ И РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Результаты лечения больных с острой непроходимостью аорты и магистральных артерий остаются неудовлетворительными, о чем свидетельствует летальность от 20 до 48% [2, 4, 6, 8, 9]. Дыхатель-

ная недостаточность (ДН) и осложнения с ней связанные не получили должной оценки при анализе осложнений и летальности даже в тех единичных специальных работах, которые посвящены этим вопросам. Поскольку дальнейшее совершенствование методов интенсивной терапии должно основываться на раскрытии патогенетических особенностей развития осложнений, их причинно-следственных отношений и анализе летальности, проведено настоящее исследование.

Изучены течение послеоперационного периода, осложнения и летальность у 320 больных, перенесших различные операции по поводу, острой ишемии нижних конечностей и у 22 больных, которые из-за тяжести состояния или иных причин не оперированы (с 1975 г. по 1988 г). Проведен анализ результатов вскрытий 96 умерших. Анализу подвергнуты также результаты ряда исследований системы внешнего дыхания, газового состава крови, КЩС, ОЦК, электролитов, белкового спектра крови, свертывающей и противосвертывающей систем, ЭКГ, АД, t° —градиента и других. Для уточнения вопросов, поставленных в данной статье, использованы результаты исследований функции внешнего дыхания, кислотно-основного состояния и газового состава крови у 60 больных.

Мужчин было 246 (72%), женщин—96 (28%) в возрасте от 20 до 82 лет. До 60 лет было 198 (58,1%) больных, старше—144 (42,1%). Больных с тромбозом магистральных артерий было 158 (46,2%), с эмболией—153 (44,7%), с тромбоземболиями—7 (2,07%), с тромбозом протеза—19 (5,5%), с травмами артерий—5 (1,4%).

Причиной артериальной непроходимости у 243 (71,1%) больных послужил облитерирующий атеросклероз сосудов, причем у 26,6% больных он отмечен на фоне сопутствующих заболеваний (ИБС, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, хронические неспецифические заболевания легких). Ревматические пороки сердца отмечены у 38 (11,1%), артриты у 14 (4,1%), ИБС у 12 (3,5%), гипертоническая болезнь у 9 (2,6%), сахарный диабет у 2 (0,6%), травмы у 5 (1,5%), прочие заболевания у 19 (5,5%) больных.

В сроки до 6 час поступило лишь 54 (16,2%) больных, до 24 час—41 (12%), подавляющее большинство больных—247 (71,2%) поступило позже 24 час.

Чаще отмечены эмболии и острый тромбоз бедренных артерий—147 (42,9%), на втором месте—подвздошных артерий—72 (21,5%), на третьем месте было поражение аорты—40 (11,7%).

320 больным произведено 439 операций: тромбэктомий—54, эмболектomieй—122, тромбоземболектomieй—14, реконструктивных операций—66, тромбэктомий или эмболектomieй с реконструктивными операциями—38, ампутаций—90, катетеризаций надчревной артерии—7, прочих—48. Повторные операции произведены 74 (23,2%) больным.

Всем больным в послеоперационном периоде проводилась интенсивная терапия, включающая коррекцию гиповолемии, электролитных и метаболических расстройств, оксигенацию крови, регионарную и об-

щую гемосорбции. Отсутствие каких-либо осложнений констатировано лишь у 6,4% больных, у остальных 93,6%) отмечены те или иные осложнения. Средствами интенсивной терапии осложнения купированы у 72% больных. Однако у 96 больных (28%) наступил летальный исход.

По нашим данным выраженные формы дыхательной недостаточности (II, IV ст.) наблюдались более чем у 76% больных. Ателектазы отмечены у 2%, трахеобронхиты у 9%, послеоперационные пневмонии у 20%, синдром «шокового» у 5%, тромбоэмболия легочной артерии у 5,2%, отек легких у 5,8%, дыхательная недостаточность на фоне обострений хронической пневмонии, эмфиземы легких, пневмосклероза и специфических заболеваний легких у 15,8%. У обследованных нами больных нарушения функции внешнего дыхания носят смешанный рестриктивно-обструктивный характер, вероятно за счет набухания элементов аэро-гематического барьера и обструкции мелких дыхательных путей. У 76% больных отмечена артериальная гипоксемия и другие признаки ДН. У 20% больных отмечен метаболический ацидоз от умеренно-выраженного (при I ст. ишемии) до декомпенсированного (при III ст. ишемии). У 33% больных (как правило при поздних сроках поступления) отмечается гиперкапния и другие признаки ДН III степени. Ацидоз при этом носит смешанный характер. III ст. ДН с гиперкапнией отмечена чаще у больных при более тяжелой интоксикации, либо у лиц пожилого и старческого возраста, больных ожирением или другими сопутствующими заболеваниями. ИВЛ применялась у 20% больных при выраженных формах (III—IV ст.) дыхательной недостаточности.

Острая сердечно-сосудистая недостаточность отмечена у 14,5%, острый инфаркт миокарда у 8,9%, различные нарушения ритма у 12,4%, острые нарушения мозгового кровообращения у 8,3%, острая почечная недостаточность у 11%, острая печеночно-почечная недостаточность у 3,8%, тромбоз мезентериальных сосудов у 4,2%, ретромбозы у 5,8%. Полученные данные отличаются от имеющихся в литературе [1, 5, 7].

Суммарная смертность при острой артериальной непроходимости зависела главным образом от тяжести общего состояния, возраста больных и выраженности ишемических проявлений. Непосредственными причинами смерти явились: интоксикация на фоне тяжелой ишемии с синдромом дыхательной недостаточности—21,2%, острый инфаркт миокарда—22%, эмболия церебральных артерий—5,5%, эмболия мезентериальных артерий—1,8%, эмболия легочных артерий—10%, пневмония—3,6%, острая почечная недостаточность—13,0%, перитонит—3,7%, острая легочно-сердечная недостаточность—8%. Острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне тяжелого кардиосклероза—11,1%.

Наши данные показывают, что при острой артериальной непроходимости и реваскуляризации конечностей преобладают тромботические осложнения, в генезе которых ведущее место принадлежит

интоксикации, нарушениям микроциркуляции. Это обусловило развитие той или иной степени дыхательной недостаточности более чем у 76% наблюдений. Через дыхательную недостаточность, гипоксемию реализуются легочные и другие осложнения, органические и полиорганное расстройства. Легочные осложнения по данным других авторов встречаются намного реже [2, 4, 5]. Синдром «шокового легкого» по нашим данным отмечен в 5% случаях, хотя в литературе не отмечен. Подавляющее большинство венозных тромбозов и микроэмболий легочной артерии, развивающиеся в послеоперационном периоде у больных с острой артериальной непроходимостью, остаются недодиагностируемыми и, следовательно, нелечеными, что является несомненно одним из важных факторов развития ОДН, легочных осложнений и сохраняющейся высокой летальности. Причиной ОДН является напряжение дезинтоксикационной функции легких, которая как одна из ведущих негазообменных функций резко усиливается в условиях ишемической интоксикации. Это приводит к вторичным нарушениям дыхательной функции, напряжению и быстрому истощению всей кардиореспираторной системы. Отсюда вырисовывается значение мероприятий по раннему и радикальному устранению источника интоксикации—ишемии с одной стороны и совершенствованию методов интенсивной терапии, с другой.

Выводы

1. Основной причиной высокой летальности у оперированных по поводу острой артериальной непроходимости являются осложнения, связанные с интоксикацией, обусловленной ишемией. Среди ранних осложнений послеоперационного периода одно из ведущих мест занимает острая дыхательная недостаточность, оказывающая патогенетическое влияние на формирование других осложнений, органических и системных расстройств.

2. Снижению летальности и уменьшению осложнений наряду с ранними радикальными операциями служит и целенаправленная интенсивная терапия, включающая коррекцию острой дыхательной недостаточности.

Ташкентский филиал ВНИИ АМН СССР

Поступила 12/IX 1989 г.

Б. В. ДИМОН, В. А. САДЫКОВ

ՇԵՐԱՄԻ ԱՆԵՍՎԵՐՍՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՄԱՀԱՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԾԱՅՐԱՆԴԱՄԵՐԻ ՍՈՒՐ ԻՇԵՄԻԱՅԻ ԵՎ ՎԵՐԱԱՆՈՔԱՎՈՐՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո մ

Շնչական սուր անբավարարությունը, ունի պաթոգենետիկ ազդեցություն թորային և այլ օրգանական բարդությունների ձևավորման վրա, որի պատճառը հանդիսանում է թոքերի դեղինատեղիկացիոն ֆունկցիայի լարվածությունը: Նա որպես թոքերի ոչ զազափոխանակության կարևոր ֆունկցիաներից մեկը ուժեղանում է ինտոքսիկացիայի պայմաններում, որը բերում է շնչական ֆունկցիաների ևրկրորդական խանգարումների:

Breathing Insufficiency and Lethality at Acute Ischemia and Revascularization of Extremities

Summary

The acute breathing insufficiency, which has a pathogenetic effect on the formation of pulmonary and other organic complications, is caused by intensification of the lungs' desintoxication function, resulting in secondary disorders of the breathing function.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданец Л. И. Автореф. канд. дисс., М., 1984, 23.
2. Бутенин А. М., Пермяков Н. К., Затевахин И. И. Тезисы Всесоюзной научной конференции «Экстренная реконструктивная хирургия сосудов» в г. Ереване, 4—5 октября, 1988 г., 18—19.
3. Зимон И. Н., Мавлянова Н. А. Тезисы Всесоюзной научной конференции «Экстренная реконструктивная хирургия сосудов» в г. Ереване, 4—5, X, 1988, 57—58.
4. Князев М. Д., Белоусов О. С. Острые тромбозы и эмболии бифуркации аорты и артерий конечностей. Минск, «Беларусь», 1977.
5. Савельев В. С., Затевахин И. И., Степанов Н. В., Богданец Л. И. Хирургия, 1983, 5, 18—23.
6. Савельев В. С., Затевахин И. И., Степанов Н. В. Острая непроходимость бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей. М., «Медицина», 1987, 304.
7. Степанов Н. В. Автореф. канд. дисс. М., 1986, 4.
8. Freund U., Roicanoff H. P. and Floman V. Mortality rate following lower limb arterial embolism: Causative factors. *Surgery*, 1975, 77, 91—207.
9. Szecszaritz R. P. Szid. J. *Thromb. and Stasis*, 1979, 13, 71—73.

УДК 616.12—008.318:616.127:616.127—005.8

В. Д. СЫВОЛАП

О ВЗАИМОСВЯЗИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С УВЕЛИЧЕНИЕМ МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи между эхокардиографическими признаками увеличения массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и нарушениями ритма сердца у больных постинфарктным кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения.

Материал и методы. Исследование проводили у 82 больных (17 женщин и 65 мужчин в возрасте от 39 до 67 лет). Все больные перенесли крупноочаговый инфаркт миокарда не ранее чем за 12 месяцев до исследования. Передняя локализация инфаркта миокарда была у 73, задняя—у 9 больных. У всех больных имелась недостаточность кровообращения (I—IIA стадии у 62, IIB—III стадии у 20).

Суточное мониторирование ЭКГ осуществляли с помощью пор-