

Н. И. КОЛЕСНИКОВА, Л. А. ДАНИЕЛЯН

ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ МИТРАЛЬНЫХ КОМИССУРОТОМИЙ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

В настоящее время хирургическое лечение приобретенных пороков получило широкое распространение. Оперативному лечению стали подвергаться довольно тяжелые больные, не поддающиеся терапевтическому лечению, с уже выраженными нарушениями кровообращения, стойкой мерцательной аритмией (часто осложненной внутрисердечным тромбозом), застойными явлениями в большом и малом кругу кровообращения, со значительно выраженной легочной гипертензией, а также значительными изменениями в мышце сердца. Кроме того, довольно часто стали оперироваться больные со сложными двойными и тройными пороками сердца и рестенозами.

На 500 (330 женщин и 170 мужчин) анализируемых больных, оперированных в Институте сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР за период с 1960 по май 1962 г., только 14 человек (2,8%) были во II стадии заболевания, 236 (47,2%) — в III, 222 (44,4%) — в IV, 10 (2%) — в V. Кроме того, в число разбираемых случаев входят 14 человек, оперированных по поводу сложных пороков: у 12 человек митральный стеноз сочетался с аортальным стенозом, у 2 человек — с трикуспидальным стенозом, и 4 человека оперированы по поводу рестеноза. Послеоперационная летальность составила 8%.

Нужно отметить, что летального исхода не было среди больных, оперированных во II стадии заболевания; из числа больных, оперированных в III стадии заболевания, умерло 6 человек (2,5%), в IV — 28 (12,6%), в V — 4 (40%).

Среди больных, оперированных по поводу сложных пороков сердца, умер один больной с митрально-аортальным стенозом и один больной с митрально-трикуспидальным стенозом.

Таблица 1

	Пол		Стадии				Комбинированный порок		Рестеноз
	муж.	жен.	II	III	IV	V	митрально-аортальный стеноз	митрально-трикуспидальный стеноз	
Число случаев	170	330	14	236	222	10	12	2	4
%	34	66	2,8	47,2	44,4	2	2,4	0,4	0,8
Летальность	20	20	—	6	28	4	1	1	—
%	4	4	—	2,5	12,6	40			

Операция сама по себе вызывает ряд тяжелых нарушений, связанных с травмой сердца и других органов, после чего развивается, как правило, фибринозный перикардит с последующей облитерацией полости перикарда; медиастенит, а также травматический фиброзный или фиброзно-серозный плеврит, являющийся асептическим воспалением, который затем ведет к частичной или полной облитерации плевральной полости. Одновременно при операции происходит общее воздействие на организм лекарственных веществ, наркоза и т. д. Все эти изменения происходят у больных пороками сердца, что иногда ведет к развитию в послеоперационном периоде различных осложнений, в анализе которых и заключается цель данной работы.

У большинства больных послеоперационный период протекает довольно гладко с минимальной реакцией на операционную травму—это так называемый неосложненный послеоперационный период. У этих больных в течение 5—7 дней отмечается субфебрильная или более повышенная температура, некоторое ослабление дыхания в нижне-заднем отделе слева без каких-либо патологических изменений, и обычно через 3—4 недели эти больные в довольно хорошем состоянии выписываются домой.

Уход за больными с неосложненным послеоперационным течением заключается в следующем: начиная с экстубации и затем в течение 1—2 дней больной получает увлажненный кислород из расчета 2—3 литра в минуту. До утра следующего дня остается внутривенная «капельница», через которую вводятся необходимые лекарственные вещества (5% -ный раствор глюкозы, 40% -ный раствор глюкозы со строфантином, витамины и т. д.), при этом необходимо вести строгий учет вводимой жидкости, которая не должна превышать в первые сутки 500 мл на 1 кв. м поверхности тела. Дренажная трубка из плевральной полости обычно удаляется через 48 ч.

С первого же дня после операции необходимо следить за тем, чтобы больные активно дышали и откашливали мокроту. Для этого в первые сутки назначаются наркотические средства (промедол, морфин—через 2—3 ч. по 1 мл подкожно) с целью снятия болей в области операционной раны. Со второго дня больного переводят в полусидячее положение и проводится дыхательная гимнастика, которая хорошо тонизирует центральную нервную систему, облегчает работу сердца, обучает больного полному «диафрагмальному» дыханию и подготавливает больных к последующим движениям.

Из лечебных мероприятий этим больным назначается внутривенное введение строфантина по 0,5 мл в 20 мл 40% глюкозы внутривенно 1—2 раза в сутки (в зависимости от состояния больного). Замедляя ритм, усиливая систолическое сокращение сердца и удлиняя диастолу, строфантин уменьшает застойные явления в легких, несколько повышает диурез и хорошо стабилизирует артериальное давление.

Строфантин дается больным в течение первых 7 суток, после чего в случае необходимости назначается дигиталис, который дается больным до выписки из стационара и дозировка которого определяется ритмом сердца.

Кроме того, в комплекс лечебных мероприятий обязательно включаются антибиотики (пенициллин, стрептомицин). При отрицательном диурезе периодически назначаются диуретические средства (гипотиазид, новурит).

Неосложненный послеоперационный период наблюдался у 342 больных из 500 оперированных (68,4%).

У другой группы больных (158 человек или 31,6%) послеоперационный период протекал с различными осложнениями, которые по частоте распределялись следующим образом (табл. 2).

Легочные осложнения после митральной комиссуротомии определяются самим характером патологии у больных митральным стенозом. Они развиваются на фоне значительных функциональных и орга-

Таблица 2

Осложнения	Количество осложнений	%
Легочные	181	41,8
Нарушение сердечного ритма	70	14
Недостаточность сердечно-сосудистой системы	59	11,6
Обострение ревматического процесса	47	9,4
Острые расстройства мозгового кровообращения	43	8,6
Послеоперационный психоз	25	5,0
Эмболия легочной артерии	8	1,6

нических изменений, вызванных легочной гипертензией в системе малого круга кровообращения, бронхов и стромы легкого.

Кроме того, имеется много факторов, связанных с самой операцией, способствующих возникновению легочных осложнений в послеоперационном периоде; наркоз, аспирация секрета полости рта, гипостазы, связанные с положением больного на спине и слабостью сердечно-сосудистой деятельности, операционная травма, рефлекторная задержка и ослабление дыхательной функции, связанной с болями в операционной ране, инфекция, нарушение дренажной функции бронхов, угнетение психики. Легочно-плевральные осложнения наблюдались нами также в виде послеоперационных травматических плевритов, ателектазов и воспалений легких.

Таблица 3

	Легочно-плевральные осложнения		
	травматические послеоперационные плевриты	ателектазы	воспаления легких
Число случаев	86	15	80
Процент . . .	17,2	3	16
Летальность .	—	—	2
Процент . . .	—	—	0,4

Из легочно-плевральных осложнений травматические послеоперационные плевриты характеризовались повышением температуры до 38,0—39,0°, которая держалась до 10 дней, появлялась выраженная одышка, притупление перкуторного звука в нижне-заднем отделе слева с ослаблением дыхания (часто с отсутствием его). Иногда на фоне резкого ослабления дыхания выслушивались сухие и, редко, влажные хрипы, а позже появлялся шум трения плевры. Рентгенологически воспалительных инфильтративных изменений в легочной ткани не было. Все это многими авторами определялось как «посткомиссуротомный синдром». Мы не считаем оправданным применение подобного термина, так как он уводит в сторону от необходимости в каждом отдельном случае вскрывать характер осложнений. Жидкость из плевральной полости, если она скапливалась после удаления дренажа, удалялась повторными плевральными пункциями.

Ателектаз легкого, который выявлялся рентгенологически в виде дисковидного затемнения над диафрагмой со скоплением серозной жидкости в плевральной полости, наблюдался нами у 15 человек. «Клинически это выявлялось ослаблением дыхания в задне-нижнем отделе и повышением температуры. Развитие ателектазов было связано чаще всего с закупоркой бронхов слизью, мокротой и нарушением трахео-бронхиальной проходимости.

Воспаление легких в послеоперационном периоде наблюдалось у 80 больных, причем у всех диагноз был подтвержден рентгенологически. У этих больных после операции отмечалось плохое отделение мокроты, несколько больше были боли в груди—на стороне поражения,—усиливающиеся при вдохе, значительно учащался пульс, была больше выражена одышка, имелась некоторая тенденция к снижению кровяного давления. Перкуторно отмечалось притупление легочного звука на стороне поражения, резко ослабленное дыхание с влажными, разнокалиберными хрипами, иногда наблюдалось бронхиальное дыхание с рассеянными сухими хрипами. Мокрота обычно отходила в малом количестве и очень редко имела «ржавый» вид.

Чаще всего это осложнение носило характер очаговой пневмонии, бронхопневмонии и выявлялось рентгенологически на 3—5-й день после операции иногда в виде участка пневмонического инфильтрата, иногда в виде затемнения пятнистого характера или в виде пятнистых очагов перибронхиального воспаления на фоне понижения прозрачности легочного поля. Однако эти пневмонии протекали сравнительно легко и быстро разрешались. Из 181 больного с легочным осложнением умерли двое от воспаления легких, что составляет 0,4% общего числа оперированных больных.

С целью предотвращения легочных осложнений с первых же часов после операции следует заботиться об освобождении бронхиального дерева от слизи и улучшения легочной вентиляции. Для этого необходима настойчивая дыхательная гимнастика, стимуляция кашля, применение наркотиков, а также различные ингаляции для разжижения бронхиального секрета, банки; необходимо компенсировать организм более значительной подачей кислорода, создавая более высокое парциальное давление его в альвеолах.

Особо следует подчеркнуть значение дыхательной гимнастики.

В Институте сердечно-сосудистой хирургии В. Е. Шевелевой разработан специальный комплекс дыхательной гимнастики. После введения этого комплекса легочные осложнения снизились. Однако иногда весь проведенный активно арсенал мероприятий не предотвращает и не ликвидирует развивавшуюся острую дыхательную недостаточность. В этих случаях приходится прибегать к трахеостомии, что является для больных спасительной операцией.

При возникновении легочных осложнений применяются те же общие медикаментозные средства, что и при неосложненном послеоперационном течении, а, кроме того, при пневмонии в комплекс мероприятий

включаются сульфамидные препараты, увеличивается доза антибиотиков. Так как легочные осложнения очень часто сопровождаются бронхо- и артериолоспазмом и повышением давления в легочной артерии, то в комплекс лечения обязательно включается эуфиллин, назначаемый по 10 мл 2,4% внутривенно по 2 раза в день. После введения эуфиллина улучшается дыхание, которое становится легким, спокойным, уменьшается цианоз, исчезает чувство стеснения в груди.

Недостаточность сердечно-сосудистой системы является одним из тяжелых и серьезных осложнений в послеоперационном периоде. Это осложнение возникает, как правило, у более тяжелых больных. Оно является следствием операционной травмы, воздействующей как на состояние всего организма, так и на мышцу самого сердца. Помимо этого, устранение порока вызывает перестройку всей гемодинамики. Недостаточность сердца может развиваться как по левому, так и по правому типу. В первом случае она характеризуется недостаточностью левого желудочка, падением артериального давления, часто отеком легких. Во втором случае обращает внимание венозный застой, повышение венозного давления, расширение правого желудочка.

Сердечно-сосудистая недостаточность возникает чаще всего в первые дни после операции и наблюдалась у 58 больных. Это осложнение наблюдалось в виде стойкой гипотонии, право- и левожелудочковой недостаточности.

Таблица 4

	Сердечно-сосудистая недостаточность (на 500 опер. больных)		
	правожелудочковая недостаточность	левожелудочковая недостаточность	гипотония
Число случаев	25	23	10
Процент	5	4,6	2
Летальность	1	12	1
Процент	0,2	2,4	0,2

Довольно тяжелым осложнением является гипотония, которая клинически проявляется в следующем: больные вялые, адинамичные, покрыты холодным потом, очень слабо реагируют на окружающее, хотя сознание сохранено. Артериальное давление с трудом удерживается на цифрах 60/70—30/40 мм рт. ст. с применением вазопрессорных средств вплоть до применения кортикостероидов. Тоны сердца очень глухие, плохо прослушиваются, в легких — рассеянные влажные хрипы, пульс слабый, диурез снижен.

Послеоперационная гипотония отражает общую сердечно-сосудистую недостаточность. Однако у больных ревматическими пороками сердца она нередко имеет специфический характер и возникает также вследствие нарушения кортико-адреналовой системы. В этом случае но-

сит особенно стойкий характер, уступая только внутривенному введению гидрокортизона.

Анализируя причины такой резкой сердечно-сосудистой слабости, которая проявлялась в виде гипотонии, можно сказать, что она наблюдалась в основном у тяжелых больных с IV стадией заболевания с выраженной мышечной слабостью левого желудочка, с декомпенсацией кровообращения и хронически протекающей мерцательной аритмией, а впоследствии в послеоперационном периоде к слабости сердечной деятельности присоединяется слабость сосудистого тонуса. Это осложнение наблюдалось у 10 больных, и в одном случае привело к смертельному исходу.

У 23 человек, из коих мы потеряли 12 человек, слабость сердечно-сосудистой деятельности выражалась в виде левожелудочковой недостаточности, когда после устранения резкого митрального стеноза наступает значительная нагрузка на левый желудочек—наступает явление истощения сократительной способности мышцы левого желудочка (чаще всего это наблюдалось у больных с мерцательной аритмией, которая была до операции или возникла в послеоперационном периоде). Нарушение сократительной способности мышцы левого желудочка вызывает застой в легких, и даже отек легких. Застой крови и переполнение малого круга кровообращения является следствием застоя крови в левом предсердии, который в свою очередь возникает в результате застоя крови в ослабевшем, неспособном к нормальному опорожнению левом желудочке, тогда как сократительная способность правого желудочка сохранена, и он продолжает нагнетать кровь в сосуды малого круга, вызывая переполнение сосудов легких, в том числе и альвеолярных капилляров.

Такие больные обычно вялы, бледны, покрыты холодным липким потом, пульс учащен, тоны сердца глухие. Аускультативно в нижне-задних отделах выслушиваются обильные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон, температура субфебрильная. Рентгенологически: резко выраженный венозный застой. В случаях развития отека легкого хрипы становятся крупнопузырчатыми, выслушиваются по всей грудной клетке, а иногда слышны на расстоянии. Тоны сердца резко ослабевают, пульс учащается. Срочная и комплексная терапия обычно выводит таких больных из этого состояния. Значительно утяжеляется состояние таких больных после митрально-аортальных комиссуротомий, когда в послеоперационном периоде у них развивается сердечная недостаточность по левожелудочковому типу, которая резко усугубляется некоторой степенью аортальной недостаточности, что иногда имеет место после одномоментной аортальной комиссуротомии при резко измененных аортальных клапанах.

В других случаях застойные явления в малом круге кровообращения после операции связаны с сердечной недостаточностью, развившейся по правожелудочковому типу и наблюдавшейся у 25 наших больных (она являлась как бы продолжением левожелудочковой недостаточности). У этих больных явления правожелудочковой недостаточности выявлялись с первых дней тяжело протекающего послеоперационного периода: резкая глухость тонов, частый слабый пульс с большим дефицитом при мерцательной аритмии; резко увеличившаяся печень становилась плотной, болезненной; появлялась иктеричность склер и кожных покровов; появ-

лялись отеки на нижних конечностях и пояснице; становился отрицательным диурез; в легких выслушивались различные влажные хрипы, увеличивалась одышка, цианоз.

От правожелудочковой недостаточности умер один больной.

Медикаментозная терапия в послеоперационном периоде у больных с указанными осложнениями заключается в следующем: больным с гипотонией вводилась 40%-ная глюкоза со строфантином (последний при необходимости вводится до 2 мл в сутки). Необходимо помнить о благоприятном действии глюкозы в этих случаях, которая дополняет энергетические резервы организма, нормализует электролитный баланс, повышает тонус гладкой мускулатуры, усиливает возбудимость рецепторов и т. д.

Параллельно с глюкозой назначаются дробные дозы адреналина (0,1—0,2×5 раз в день) для стимуляции функции надпочечников, кроме того, назначается кордиамин и кофеин, иногда внутривенно вводится спирт с глюкозой.

В тех случаях, когда сердечно-сосудистая недостаточность усугубляется резко выраженной периферической сосудистой слабостью и артериальное давление совершенно не держится на достаточном уровне от проводимой терапии, применялся целый комплекс мероприятий: устанавливалась капельница с 5%-ной глюкозой—500 мл+1,0 норадреналина, который возбуждает симпатическую нервную систему, вызывая сужение сосудов и повышение кровяного давления. Иногда после введения может возникнуть брадикардия, которая легко устраняется атропином. Обычно норадреналин хорошо стабилизирует артериальное давление, ликвидируя вазомоторный комплекс.

В тяжелых случаях, когда указанные средства оказываются недостаточными, приходится прибегать к гормональной регуляции сердечно-сосудистого тонуса, а именно, к гормонам коры надпочечников — кортизону и гидрокортизону: 50 мг гидрокортизона, разведенного в 300 мл 5%-ного раствора глюкозы, со скоростью 30—50 капель в минуту, а иногда и струйно, в зависимости от уровня артериального давления. Одновременно вводится кортизон: сначала 2 мл внутримышечно, затем по 1 мл через 4 часа, на вторые сутки по 1 мл через 6 ч., на третьи сутки через 8 ч. и, таким образом, постепенно уменьшая дозу, прекращается его введение.

Иногда сердечная недостаточность, протекающая по левожелудочковому типу, вызывает отек легкого, механизм которого достаточно ясен. Этим больным необходима экстренная и энергичная помощь: для усиления работы сердца вводится внутривенно раствор 40%-ной глюкозы со строфантином (до 1 мл)+кордиамин 2,0—3,0 мл, адреналин по 0,2 мл подкожно. В некоторых случаях применяется новурит внутривенно. Необходимо увеличить подачу кислорода, который подается с парами спирта, круговые банки (отвлекающее), атропин.

Нарушение сердечного ритма является одним из частых осложнений в послеоперационном периоде, что ведет к резкому наруше-

нию гемодинамики, недостаточности кровообращения (одышка, увеличение печени и так далее), способствует развитию тромбозов и тромбоэмболий. Наиболее частым видом нарушения сердечного ритма в послеоперационном периоде является мерцательная аритмия, которая среди наблюдаемых нами случаев возникла у 70 больных (из 500 оперированных).

Мерцательную аритмию, свидетельствующую о значительной дистрофии миокарда, можно связать в послеоперационном периоде с операционной травмой. Часто у этих больных до операции наблюдалось переходящее нарушение ритма в виде предсердной или желудочковой экстрасистолы, мерцательной аритмии—все это указывало на нарушение проводимости нервно-мышечного аппарата.

При возникновении мерцательной аритмии в целях предупреждения эмболий больным назначались антикоагулянты (гепарин, неодикумарин), дозировка которых контролировалась определением протромбинового индекса.

Острые расстройства мозгового кровообращения являются одним из серьезных осложнений в послеоперационном периоде, наблюдались у 43 больных, из коих умерли 14.

Таблица 5

	Острые расстройства мозгового кровообращения			
	гипоксия	нетромботич. размягчение	эмболии мозговых сосудов	церебральн. суд. кризы
Число случаев	15	3	18	7
Процент	3	0,6	3,6	1,4
Летальность	1	—	13	—
Процент	0,2	—	2,6	—

В основе всех расстройств мозгового кровообращения лежит недостаточность притока крови к мозгу и недостаточное насыщение крови кислородом. По данным Л. О. Бадаляна, основанным на клинических наблюдениях наших больных, гипоксия мозга характеризуется диффузностью симптоматики, отсутствием четких очаговых симптомов, перемежающимся характером мозговых симптомов, зависящих от гемодинамических показателей и функций дыхания. В некоторых случаях сочетание аноксии, продолжительное падение артериального давления и другие гемодинамические нарушения вызывают образование очагов размягчения в сером веществе коры мозга, при этом уже появляются нечеткие очаговые симптомы, наряду с общемозговыми симптомами, с выпадением функции соответственно локализации очага поражения.

При гипоксемическом размягчении инсульт развивается постепенно и не так внезапно, как при эмболии, причиной возникновения которой служит тромб в ушке, кальциноз клапанов, наличие бородавок. Характерным является позднее просыпание больных, длительная заторможен-

ность, падение артериального давления, анизокория, позже—выявление параличей, патологические рефлексy, выпадение чувствительности.

Церебральные сосудистые кризы проявляются общемозговыми симптомами (головные боли, головокружение, шум в ушах, тошнота и нестойкие очаговые симптомы в виде гемипареза и афазии).

Из лечебных мероприятий, включающих в себя средства, направленные на улучшение кровообращения вообще, проводилась обязательно дегидратационная терапия: внутривенное введение сернокислой магнезии, 40%-ного раствора глюкозы; спазматические средства — эуфиллин, а также витаминотерапия и мочегонные препараты. Больным с подозрением на эмболию сосудов головного мозга наряду с перечисленными средствами включалась активная антикоагулянтная терапия (сначала вводился внутривенно гепарин, а вместе с ним давался неодикумарин, регулируя дозировку показателями протромбина и коагулограммы).

Эмболия легочной артерии является очень тяжелым осложнением у больных после комиссуротомии. Сердечная недостаточность у больных с митральным стенозом является предрасполагающим фактором в возникновении тромбозов и эмболий легочных артерий и без операции. В свою очередь, мерцательная аритмия способствует возникновению предсердных тромбозов с последующим развитием тромбоэмболических осложнений. Кроме того, предсердные тромбозы, образовавшиеся до операции, создают определенную опасность и в послеоперационном периоде.

Наконец, при митральном стенозе имеется поражение легочных артерий, что на фоне повышенного кровяного давления в малом круге кровообращения и уменьшения минутного объема сердца может способствовать развитию первичного тромбоза в легочных сосудах.

В обычный комплекс лечебных мероприятий этим больным обязательно включается активная антикоагулянтная терапия, как при тромбоэмболических поражениях сосудов головного мозга, и антибиотики. Эти осложнения встречались у 8 наших больных, протекали крайне тяжело и в 5 случаях закончились летально.

Обострение ревматического процесса дает значительное ухудшение прогноза митральной комиссуротомии. Оно наблюдалось у 47 больных (9,4%), причем у них не было ясной картины активного ревматизма, но все-таки отдельные признаки не давали возможности исключить вяло текущий ревматизм в послеоперационном периоде.

Длительная лихорадочная температура (у 40 больных), необъяснимая другими причинами, длительное скопление серозной жидкости в плевральной полости, вследствие чего этим больным неоднократно производились плевральные пункции, изменение со стороны крови (нейтрофильный лейкоцитоз, анемия, ускоренное РОЭ), нарастающая сердечная недостаточность, значительная глухость сердечных тонов, иногда шум трения перикарда; в некоторых случаях положительные иммунно-биохимические пробы, иногда появление болей в области сердца, удлинение PQ—интервала на ЭКГ, суставные боли—иногда с припуханием и по-

краснением суставов—таковы симптомы, которые давали возможность ставить диагноз активного ревматического процесса.

Больным, у которых имеются симптомы обострения ревматизма, или даже имелось подозрение на это осложнение, назначались антибиотики: пенициллин по 200 тыс. 6 раз в день, стрептомицин по 250 тыс. 2 раза в день, обязательно салицилаты до 4,0—5,0 в день в течение 3—4 недель и гормональные препараты (чаще преднизалон).

Послеоперационный психоз наблюдался у 25 больных на 4—10-е сутки после операции. Они развивались чаще всего на фоне тяжелой легочной недостаточности. Воздействие тяжелой и даже не очень продолжительной гипоксии на мозг приводило к расстройству психики. Эти явления, как правило, были непродолжительными (3—7 дней) и заканчивались выздоровлением. Обычно эти больные не нуждались в переводе в специальные психиатрические клиники, так как двигательные возбуждения у этих больных не были выражены. Характерной особенностью психических нарушений у таких больных являются их динамичность, быстрая сменяемость, кратковременность психических расстройств и их полное обратное развитие.

Прежде всего в лечении этих больных необходимо устранить те факторы, которые осложняют и без того тяжелое состояние больного (гипоксия, обострение ревматического процесса, сердечно-сосудистая недостаточность и т. д.). Важным моментом в лечении этих больных является предупреждение и устранение бессонницы, которая является одним из ведущих факторов в патогенезе нервно-психических нарушений; в этой связи больным назначались барбитураты (барбамил, минал), а также средства, способствующие развитию в коре головного мозга торможения (ларгактил, аминазин).

Как видно из вышеизложенного, $\frac{2}{3}$ оперированных больных послеоперационный период переносят без осложнений, а треть оперированных больных переносят те или иные осложнения, о которых необходимо всегда помнить, проводить профилактические мероприятия для уменьшения их количества. В тех же случаях, когда послеоперационное течение протекает с осложнениями, необходимо своевременно и быстро распознавать их и проводить соответствующую терапию, так как от правильно проводимой терапии во многом зависит успех операции.

Институт сердечно-сосудистой
хирургии АМН СССР

Поступило 28.XII 1963 г.

Ն. Ի. ԿՈԼԵՍՆԻԿՈՎԱ, Լ. Ա. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ

ՄԻՏՏՐԱՎ, ԿՈՄԻՍՈՒՐՈՏՈՄԻՍԻԱՅԻՑ ՀԵՏՈ ԱՌԱՋԱՅԱԾ ԲԱՐԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ԵՎ ՆՐԱՆՅ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Տվյալ աշխատանքում շարադրված է սրտի ձևաբ բերովի արատների կապակցությամբ վիրահատված 500 հիվանդների հսկողության արդյունքների մասին:

Հոգվածում ընդհանրացված են հետօպերացիոն մոտակա շրջանի հիմնական բարդությունները, թոքային՝ 181 հիվանդ (41,8%), սրտային ութմի խանգարում՝ 70 հիվանդ (14%), սիրտ-անոթային անբավարարություն—59 հիվանդ (11,6%), ռևմատիկ պրոցեսի ստացում՝ 47 հիվանդ (9,4%), ուղեղային արյան շրջանառության սուր խանգարումներ՝ 43 հիվանդ (8,6%), հետօպերացիոն փսիխոզ՝ 25 հիվանդ (5%) և թոքային զարկերակի էմբոլիա՝ 8 հիվանդ (1,6%)։ Շարադրվում է այս բարդությունների կլինիկան և բուժումը։ Միաժամանակ նկարագրվում է այն հիվանդների բուժումը, որոնց հետօպերացիոն շրջանն ընթացել է հարթ։

Գրականության մեջ հաճախակի է հանդիպում առանձին բարդությունների նկարագրությունը, իսկ հիմնական բոլոր բարդությունների շարադրումը շատ սակավաթիվ է։

Այս բարդությունների շուտափուլից հայտնաբերումը և բուժումը բավականին պակասեցնում է անբարեհաջող ելքերի քանակը և բարելավում է հիվանդության ելքը միտրալ կոմիսուրոտոմիայից հետո։