

Ն. Վ. ԱՍԱՏՐՅԱՆ

ԿԱՏԵՏԵՐԻԶԱՑԻԱՅԻ ԵՎ ՌԵՆՏԳԵՆԿՈՆՏՐԱՍՏԱՑԻՆ ՔՆՆՈՒԹՅԱՆ
ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՌՐՏԱՑԻՆ ԱՐԱՏԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԵԶ ՆՐԱ
ՎԻՐԱՀԱՍԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԼՈՒՅՍԻ ՏԱԿ

Ա մ փ ն փ ու մ

Հեղինակը ցույց է տալիս աորտոգրաֆիայի և ձախ վենտրիկուլոգրաֆիայի անկասկած արժեքը աորտալ կափուլրի անբավարարության և աորտայի ելանցքի նեղացման ինչպես որակական, այնպես էլ բանական զնաճատական մեջ:

N. V. ASATRIAN

THE IMPORTANCE OF CATHETERIZATION AND
ROENTGENOCONTRAST EXPLORATION IN THE DIAGNOSIS
OF AORTAL DEFECTS FOR THE SURGERY

S u m m a r y

The author has observed the value of aortography and left ventriculography as for the quantitative so for the qualitative estimation of the insufficiency of aortal valves and coarctation of aortal orifice.

УДК 616.127.008.46—073—089:616.121

В. Т. СЕЛИВАНЕНКО

РОЛЬ КРИВЫХ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОГО ДАВЛЕНИЯ
В ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ
КОРРЕКЦИЮ ИЗОЛИРОВАННЫХ ДЕФЕКТОВ
ПЕРЕГОРОДОК СЕРДЦА

Изучение форм кривых давления, зарегистрированных в полостях сердца, позволяет выявить ряд общих закономерностей, характеризующих состояние гемодинамики.

Некоторые авторы показали зависимость форм кривых правожелудочкового давления от функционального состояния миокарда, усилия которого направлены на преодоление сопротивления в выходном отделе и общего легочного сопротивления.

Так как после операции у больных, перенесших коррекцию врожденных пороков сердца, нередко развивается недостаточность миокарда, мы попытались оценить формы кривых правожелудочкового давления при использовании метода длительной катетеризации камер сердца. Учитывая, что форма кривых правожелудочкового давления зависит от функционального состояния миокарда, величины общего легочного сопротивления, нам представляется важным значение форм кривых в экспресс-диагностике недостаточности миокарда.

Анализ форм кривых правожелудочкового давления проведен у 45 больных после ушивания дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок. Длительность пребывания катетера в правом желудочке—до 3 недель. Кривые регистрировали на аппарате «Мингограф» (Швеция). Нами выделены три основных типа кривых: а) при

первом максимум давления достигается в период быстрого изгнания (форма кривых нормальная), б) при втором максимум давления достигается во время редуцированного изгнания (по форме кривые гипертонического типа), в) третий тип характеризовался появлением кривой с двумя вершинами с максимумом давления во время редуцированного изгнания.

Таким образом, в условиях нормального давления в правом желудочке можно наблюдать после открытых операций на сердце различные формы кривых, ряд которых имеет переходный характер—от одного типа к другому. Наиболее тяжелые нарушения функциональной способности миокарда наблюдали при третьем типе кривой. Такие кривые исследователи считали характерными для выраженной недостаточности миокарда. При недостаточности миокарда растяжение его волокон достигается гораздо меньшими величинами конечно-диастолического объема и давления. Это определяет форму кривой внутрижелудочкового давления.

Следует указать на особый тип кривой, который мы наблюдали при остром развитии гипертонии малого круга кровообращения. Подобный тип кривой правожелудочкового давления выделен Ю. Д. Вольским (1969) у больных со сдавливающим перикардитом. Появление такого типа кривой автор объяснял нарушением соотношения между диастолическим давлением в правом желудочке, диастолической емкостью камеры и величиной сердечного выброса.

Сопоставляя типы кривых правожелудочкового давления с общей клинической картиной и показателями гемодинамики, мы убедились, что изменения формы кривых давления связаны, в первую очередь, с состоянием миокарда.

Приведенные типы кривых правожелудочкового давления не являются строго стандартными. Нередко мы встречались с изменением кривых в различные сутки послеоперационного периода. Это, возможно, было связано с экстракардиальными влияниями на миокард, так как в ряде случаев полиморфный характер кривых можно было наблюдать у одного больного.

Как показали наши исследования, после операций на открытом сердце формы кривых правожелудочкового давления зависели от функционального состояния миокарда. При этом форма кривой правожелудочкового давления изменялась до появления общеклинических признаков недостаточности миокарда.

МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского,
г. Москва

Поступило 4/X 1974 г.

Վ. Տ. ՍԵԼԻՎԱՆԵՆԿՈ

ՆԵՐՓՈՐՈՔԱՅԻՆ ՃՆՇՄԱՆ ԿՈՐԱԳԾԻ ԴԵՐԸ ՍՐՏԱՄԿԱՆԱՅԻՆ
ԱՆՔԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԷՔՍՊՐԵՍ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԵՋ

Ա մ փ ն փ ու մ

Ներփորոքային ճնշման կորագծերի ձևերի վերլուծումը, որոնք գրանցվել են մի քանի օր շարունակ միջնապատային արտաների շրջակարումից հետո, քույլ է տալիս աղտորոշել սրտամկանային անբավարարությունը մինչև նրա կլինիկական դրսևորումը և կենտրոնական և շերտային հեմոդինամիկայի վիճակի մասին տեղեկություններ ստանալու:

V. T. SELIVANENKO

THE ROLE OF INTRAVENTRICULAR PRESSURE CURVES IN EXPRESS DIAGNOSIS OF MITRAL INSUFFICIENCY

S u m m a r y

The analysis of forms of intraventricular pressure curves recorded in several days after correction of septal defects, has allowed to diagnose the mitral insufficiency before its clinical manifestation and information about the general and intracardiac hemodynamics.

УДК 616.13—089:612.15

Г. А. НАЦВЛИШВИЛИ, Н. К. БОХУА, Г. А. АБЗИАНИДЗЕ

ОЦЕНКА КРОВОТОКА ДО И ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В связи с развитием хирургии магистральных артерий нижних конечностей в последние годы все большее значение приобретают объективные методы оценки эффективности этих вмешательств.

Наиболее ценным методом оценки кровотока в настоящее время необходимо признать измерение объемной скорости кровотока с помощью электромагнитного флоуметра.

В клинике сосудистой хирургии Тбилисского ГИДУВа измерение объемной скорости кровотока проводится с 1973 г. электромагнитным флоуметром фирмы СТАТХЕМ СП-2201.

Всего нами произведено 146 измерений объемной скорости кровотока у 15 больных, из которых 13 имели атеросклеротические окклюзии бедренной, подколенной артерии и артерии голени и 1 больная—врожденный артерио-венозный свищ сосудов нижней конечности.

Мы ставили перед собой задачу изучить объемную скорость кровотока в магистральных артериях нижних конечностей проксимальнее и дистальнее атеросклеротической окклюзии артерии и оценить влияние физической нагрузки и введения сосудорасширяющих препаратов на коллатеральный кровоток, а также изучить объемную скорость кровотока в артерии дистальнее атеросклеротической окклюзии после реконструктивной операции (эндартерэктомия, обходное шунтирование).

Нами выявлено, что при атеросклеротической окклюзии поверхностной бедренной артерии объемная скорость кровотока выше окклюзии: в общей бедренной артерии колеблется от 160 до 520 мл/мин, а дистальнее атеросклеротической окклюзии—в подколенной артерии или артериях голени от 10 до 230 мл/мин. После физической нагрузки, заключающейся в сгибательных и разгибательных движениях стопы, коллатеральный кровоток увеличился у всех больных на 20—70 мл/мин и был равен 50—260 мл/мин. При внутривенном введении больным 2,0 мл ношпы коллатеральный кровоток в подколенной артерии и артериях голени увеличивался на 10—28 мл/мин.

При выполнении реконструктивных операций, т. е. включении артерии дистальнее окклюзии в магистральный кровоток, объемная скорость кровотока увеличивалась в 2—28 раз и колебалась в пределах 110—520 мл/мин.

Исследования, проведенные после реконструктивных операций, показали, что физическая нагрузка увеличивала объемную скорость кровотока в реконструированных артериях на 20—50 мл/мин, а внутривенное введение ношпы—на 10—40 мл/мин.