

лев Н. И., Богоев Д. Н. Грудная хирургия, 1973, 1, 27—31. 9. Обатнин Ю. И. Дисс. канд. Свердловск, 1968. 10. Мешалкин Е. Н., Кремлев Н. И., Хачатрян Р. Г. Кровообращение, 1985, XVIII, 1, 43—47. 11. Marks A. D. Am. J. Med. Sci., 1972, 263, 110—121. 12. Touchert Michael Diss. Bonn, 1965, 1025. Aus der medizinischen Universität klinik, Bonn. 13. Teylor M. G. Hemodinamics. Ann. Red. Physiol., 1973, 35, 27—116.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.127—005.4—089.163

В. И. УРСУЛЕНКО, П. И. ИГНАТОВ, С. Д. ГРАЧЕВ

МЕТОДИКА ПОВТОРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АОРТАЛЬНОМ КЛАПАНЕ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ

В настоящее время имеется значительное число больных, нуждающихся в повторных операциях на аортальном клапане и коронарных артериях (в институте произведено 15 таких вмешательств). Предшествующие операции способствовали образованию выраженного спаечного процесса в полости перикарда и деформации восходящей аорты в месте канюляции и последующего ушивания. Выделение сердца из спаек, необходимое для подключения аппарата искусственного кровообращения и наружного охлаждения миокарда, сопровождается в постперфузионный период повышенной кровоточивостью, увеличивает длительность и травматичность операции; канюляция восходящей аорты затруднена из-за наличия швов с прокладками в месте подключения АИК. Для устранения негативного влияния этих факторов нами опробована методика, суть которой состоит в следующем.

После продольной стернотомии отделяем перикард по передней поверхности сердца в области правого предсердия и желудочка, накладываем кисетный шов для венозной магистрали. Восходящая аорта выделяется из спаек на протяжении, необходимом для наложения зажима и разреза, обеспечивающего доступ к клапану. Перфузия осуществляется через бедренную артерию. После выхода АИК на полную производительность вызывается электрическая фибрилляция сердца, пережимается и вскрывается аорта. Дренаж левого желудочка осуществляется по методике, предложенной Н. М. Амосовым—на правый желудочек накладывается П-образный шов и с помощью троакара через его стенку и межжелудочковую перегородку в полость левого желудочка вводится полиэтиленовый катетер диаметром 5 мм. Защита миокарда осуществляется методом комбинированной кровяной кардиоплегии. Перфузат из оксигенатора поступает в теплообменник, где охлаждается до 4 градусов. К этому перфузату добавляется расчетная доза хлористого калия и других препаратов. Кардиоплегический раствор вводится раздельно в обе коронарные артерии через каждые 20 мин. Такая методика в значительной мере облегчает операцию и делает ее менее травматичной.

Предложенная методика позволяет в значительной мере уменьшить технические трудности, снизить частоту и опасность осложнений при повторных операциях на сердце, обеспечивая достаточную защиту миокарда.

Киевский НИИ сердечно-сосудистой хирургии

Поступила 3/VII 1986 г.

ԱՌՐՏԱԼ ՓԱԿԱՆՆԵՐԻ ԵՎ ՊՍԱԿԱԶԵՎ ԶԱՐԿԵՐԱԿՆԵՐԻ ՎՐԱ
ԿՐԿՆԱՄԻԶԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԵԹՈԴԻԿԱՆ ԱՐՅԱՆ ԱՐԶԵՍԱԿԱՆ
ՇՐՋԱՆԱՌՈՒԹՅԱՄԲ ՈՒՂԵԿՑՎԱԾ ՎԻՐԱԶԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՑ ՀԵՏՈ

Ա մ փ ն փ ո լ մ

Նկարագրված է արտալ և պոսկաձև զարկերակների վրա կատարված կրկնակի միջամտությունների մեթոդիկան: Առաջարկված է սրտի մակերեսի մինիմալ անջատում երակային հոսքի համար մի կաթիլներով և արյան մղում ազդրային զարկերակից:

V. I. Ursulenko, P. I. Ignatov, S. D. Grachev

The Methods of Repeated Interventions on Aortal Valve
and Coronary Arteries after the Preceding Operations
with Extracorporeal Circulation

S u m m a r y

The methods of the repeated interventions on the aortal valve and coronary arteries are described.

The minimal discharge of the heart surface for venous outflow by one catheter and forcing of the blood through the femoral artery are recommended.

УДК 616.127—004—073.97

Ж. А. БАЗИЯН

ВЕКТОРКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЛИЦ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В данном сообщении представлены результаты комплексного электрокардиографического (ЭКГ) и векторкардиографического (ВКГ) методов исследования электрической активности сердца у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих хронической ишемической болезнью сердца.

Обследованы 90 больных пожилого и старческого возраста (от 60 до 83 лет) с постинфарктным кардиосклерозом и с другими формами хронической ишемической болезни сердца (диффузным кардиосклерозом с приступами стенокардии напряжения). Контрольную группу составили 35 практически здоровых людей в возрасте от 60 до 80 лет и 30 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 30 лет. У всех испытуемых производилась ЭКГ в 12 общепринятых и дополнительных U_7-U_9 отведениях и в ортогональной системе—X, Y и Z и ВКГ в 5-плоскостной системе по И. Т. Акулиничеву, в 3-проекциях по А. Гришману—Л. Шерлису, а также в корригированной ортогональной системе по Е. Франку. Всех больных мы разбили на 2 группы. В I группу вошли 47 больных, у которых на ЭКГ были обнаружены начальная (Q, QS) или конечная негативность (отрицательные зубцы T), низкие зубцы R и T, изoeлектрические зубцы T, деформация комплекса QRS и зубцов P. Во II группе больных (у 43) на ЭКГ не были обнаружены признаки изменения миокарда, отсутствовала начальная и конечная нега-