

при неактивном ревматизме — у 16,8% и при затяжном септическом эндокардите — у 56,6% больных.

В результате лечения и улучшения состояния больных местный лейкоцитоз уменьшился при сердечно-суставной форме в среднем на 26,7%, при сердечной — на 12,6% ( $P < 0,001$ ) и не изменился при неактивном ревматизме и затяжном септическом эндокардите ( $P > 0,5$  и  $P > 0,05$ ). Уменьшение регионарного лейкоцитоза после лечения отмечалось при остром течении сердечно-суставной формы ( $P < 0,01$ ), при остром, подостром и латентном течении сердечной формы ( $P < 0,001$  и  $P < 0,01$ ).

Местный лейкоцитоз обнаружен у 19 из 20 умерших больных активным ревматизмом и был увеличен в среднем на 58,8% ( $P < 0,001$ ). Разность между местным и общим лейкоцитозом также была увеличена в среднем на 190% ( $P < 0,001$ ).

Приведенные данные показывают, что при активном ревматизме и затяжном септическом эндокардите у большинства больных определяется повышение показателей местного лейкоцитоза. При неактивном ревматизме показатели регионарного лейкоцитоза повышены лишь у трети больных, что снижает диагностическое значение метода.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Губергриц А. Я. Клин. мед., 1959, 10. — 2. Слуцкий Б. А. Врач. дело, 1958, 6. — 3. Сперанский Н. И., Белоус С. Р. Тер. арх., 1953, 4. — 4. Филинов Б. Н., Цвернаншвили Г. К., Попова А. Д. Сов. мед., 1961, 6. — 5. Гукавина А. И. Тер. арх., 1955, 5. — 6. Шахназаров А. Б. Врач. дело, 1956, 9.

УДК 616.126.421—089

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ

*О. В. Шумова, А. М. Ахметов и Л. В. Осиповский*

I хирургическое отделение (зав.—проф. Н. К. Галанкин) Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР, Москва

Обследовано 250 больных из 500 оперированных в нашем институте в 1953—1965 гг. Из них 193 осмотрено в поликлинике института и 57 — в стационаре.

Отличные результаты после митральной комиссуротомии выявлены у 71 больного (перед операцией у них была II—III ст. заболевания). Все они начали работать через 8—10 месяцев после операции. За истекший после операции период у них не было обострения ревматического процесса.

Объективные показатели и данные лабораторных исследований указывали на значительное улучшение общего состояния больных и нормализацию кровообращения. Рентгенологически в легких отмечено снижение застойных явлений, уменьшение размеров сердца, особенно левого предсердия, и западение конуса легочной артерии. ЭКГ-данные указывали на положительную динамику сократительной функции миокарда.

Ревматический процесс протекал в стертых формах, давность заболевания у этой группы больных не превышала 5 лет.

У 21 больного перед операцией была II и у 50 — III ст. нарушения кровообращения. Сужение левого венозного отверстия достигало 1—1,5 см, створки клапана были подвижны, нерезко деформированы. Во время операции митральное отверстие было расширено до 3,5—4,0 см с полным разделением комиссур. Комиссуротомия у этих больных (у 28 пальцевая и у 43 — инструментальная) обеспечила стойкое и длительное восстановление гемодинамики. Все они являются практически здоровыми людьми.

Хорошие результаты выявлены у 105 больных, только при физической нагрузке у них появляются одышка, сердцебиение. Трудоспособность несколько снижена, больные не могут выполнять тяжелую физическую работу, имеют III гр. инвалидности.

Симптомов нарушения кровообращения по большому кругу не выявляется. За весь период, протекавший после операции, больные этой группы не лечились в стационарах по поводу декомпенсации сердечной деятельности.

При рентгенологическом исследовании установлено умеренное усиление сосудистого рисунка легких; уменьшение размеров сердца было у 54 больных и неотчетливое уменьшение — у 51.

Порок сердца был диагностирован в среднем за 7—8 лет до операции. У 97 больных имелась II—III ст., и только у 8 — IV ст.

Размеры сердца были увеличены, диаметр левого венозного отверстия не превышал 1 см, створки клапана фиброзно изменены, подвижность их была ограничена. У 55 больных выполнена инструментальная и у 50 — пальцевая комиссуротомия с пол-

ным разделением комиссур. У этой группы больных получен выраженный положительный лечебный эффект.

Стойкая и длительная компенсация кровообращения избавила их от повторных госпитализаций, постоянного приема сердечных средств. Операция помогла им вести нормальный образ жизни.

Таким образом, по нашим данным отличные и хорошие результаты в отдаленные сроки после операции получены в 70,4%, преимущественно у больных со II и III ст. заболевания.

Посредственные результаты выявлены у 53 больных. Субъективно больные отмечают улучшение состояния после операции, одышка беспокоит меньше, но при выполнении даже легкой работы быстро наступает усталость. Только 16 больных работают (они имеют III, а остальные 37 — II гр. инвалидности). До операции у большинства больных с посредственными результатами были повторные кровоохарканья, приступы острой сердечной слабости, сопровождающиеся отеками легких. После операции эти осложнения не возникали. Симптомы нарушения кровообращения сейчас менее выражены, чем до операции. Однако компенсация кровообращения нестойкая, и при нарушении режима явления сердечно-сосудистой недостаточности увеличиваются, часто наблюдается обострение ревматического процесса; эти больные периодически лечатся в терапевтических стационарах.

Рентгенологические у всех больных отмечены застойные явления в легких, размеры и конфигурация сердца не изменились. ЭКГ-исследования не выявили положительной динамики.

До операции у 19 больных была IV ст. нарушения кровообращения со значительным увеличением полостей сердца, особенно правых отделов и левого предсердия. На ЭКГ выявлялись признаки диффузного изменения миокарда, нарушение проводимости и ритма. У 17 больных был комбинированный митральный порок сердца: стеноз левого венозного отверстия и различная степень недостаточности митрального клапана. У 10 больных митральный стеноз сочетался с недостаточностью трехстворчатого клапана. Пристеночный тромбоз левого предсердия и ушка был у 12. У всех больных была деформация створок клапана с нарушением их функции в результате укорочения хорд, у 5 был подклапанный стеноз.

Сравнительно небольшой положительный эффект после операции у этих больных объясняется главным образом тяжелыми патологоанатомическими изменениями клапанного аппарата и обострениями ревматического процесса.

Плохие результаты отмечены у 21 чел. Эти больные не получили облегчения после операции, а у 9 из них развилось более тяжелое нарушение кровообращения. До операции у 10 больных была IV и V ст. развития митрального стеноза: резкое расширение полостей сердца, грубые изменения всех компонентов клапанного аппарата, кальциноз створок, тромбоз левого ушка сердца, мерцательная аритмия, сочетание стеноза отверстия и недостаточности клапанов.

У 11 больных перед операцией была II и III ст. заболевания. Всем им была выполнена пальцевая митральная комиссуротомия. 7 больным полностью расширить левое венозное отверстие не удалось ввиду выраженного фиброзного процесса в области комиссур. 4 больных были оперированы при явлениях вяло текущего ревмокардита, что привело к обострению процесса в послеоперационном периоде.

Из изложенного следует, что основной причиной, повлекшей ухудшение после операции, является наличие грубых необратимых изменений клапанного аппарата, тяжелое состояние больных, неадекватное разделение комиссур и активный ревматический процесс.

В заключение следует подчеркнуть, что результаты оперативного лечения митрального стеноза находятся в прямой зависимости от стадии заболевания и глубины патологических изменений, обусловленных длительностью и тяжестью течения ревматического процесса. Необходимо принять все меры к тому, чтобы больные митральными стенозами направлялись в хирургические клиники во II и III ст. заболевания, до развития тяжелых нарушений гемодинамики. Следует также проводить комплексное противоревматическое лечение как перед операцией, так и на протяжении длительного периода после операции.

УДК 616—07—616.12—007.2

## О ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

*Н. Н. Сигал*

Вторая кафедра госпитальной хирургии (зав.— проф. Н. П. Медведев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и лаборатория функциональной диагностики 6-й городской клинической больницы (главврач — Е. В. Хмелевцева)

Врожденные пороки сердца встречаются только в 1—2% из всех органических заболеваний сердца и у 0,1% детей первых лет жизни (В. Ионаш, 1960). Интерес к