

однако наиболее существенно — во 2 и 4-й группах больных, имеющих клинические признаки атеросклероза. Обращает на себя внимание, что снижение коэффициента $K_{эр}/Na_{эр}$ у этих больных не сопровождалось одновременным достоверным снижением коэффициента $Na_{пл}/Na_{эр}$. Указанное обстоятельство позволяет предполагать, что снижение коэффициента $K_{эр}/Na_{эр}$ происходило в основном за счет потери внутриклеточного K (табл. 2).

Существует мнение, что в клетке может не быть полного эквивалентного обмена между ионами Na и K, так как происходит обмен Na на другие ионы. В связи с этим нами была предпринята попытка выяснить концентрацию Mg и Ca в плазме у больных ишемической болезнью сердца. Проведенные наблюдения показали, что содержание Mg и Ca у больных и здоровых было одинаковым.

Таким образом, наши исследования не подтверждают данных Д. Марнагана и соавт. (1969), В. Г. Селиваненко (1971) о повышенном содержании ионов Ca и Mg в крови больных ишемической болезнью сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Селиваненко В. Г. Врач. дело, 1971, 5.— 2. Murnaghan D. J., Ryan M. C., Hickey N., Maurer J. Atheroskler. Res., 1969, 10.

Поступила 21 мая 1973 г.

УДК 616.126.421:616—089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Проф. Н. П. Медведев, канд. мед. наук А. А. Кипенский,
Э. М. Келехсаева*

*Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова,
ВНИИМИ (директор — В. Х. Сабитов), 6-я клиническая больница г. Казани
(главврач — Е. В. Хмелевцева)*

С 1968 по 1972 г. в нашей клинике оперировано 11 детей и подростков в возрасте 11—16 лет (6 мальчиков и 5 девочек), страдающих комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием стеноза левого венозного отверстия. У 1 из больных митральный стеноз сочетался с аортальным и у 2 — с относительной недостаточностью трехстворчатого клапана. У 6 больных была I ст. активности ревматизма, у 1, оперированного по экстренным показаниям, — II ст., у остальных — неактивная фаза ревматизма. III стадия заболевания была у 9 больных, IV — у 2. Большинство наших больных имели длительный ревматический анамнез (от 2 до 7 лет).

Все больные до поступления в клинику проходили противоревматическую терапию по месту жительства с включением в курс лечения гормональных препаратов. Только одному из них была рекомендована тонзиллэктомия; у остальных изменений в миндалинах не выявлено (один перенес тонзиллэктомию).

Клиника комбинированного митрального порока сердца с преобладанием стеноза левого венозного отверстия у всех больных была типичной. На ЭКГ определялась перегрузка левого предсердия, ФКГ-данные подтверждали мелодию митрального стеноза, при этом Q — I тон был равен 0,1—0,12', МЭК — 0,9—1,0. При рентгенологическом исследовании у больных выявлялось усиление легочного рисунка, расширение сосудов в корнях, увеличение сердца в поперечнике, сглаженность талии, выбухание легочной артерии, в косых положениях были увеличены левое предсердие и правые отделы сердца.

Чрезжелудочковую митральную комиссуротомию двулопастным дилататором с расширением митрального отверстия до 3,0—3,5 см мы

производили из передне-бокового доступа слева в V межреберье. У всех больных на операции было выявлено выраженное сужение митрального отверстия до 0,4—0,6 см в диаметре с наличием фиброзных изменений створок и подклапанных сращений. Подобные грубые изменения митрального клапана у детей находили и другие авторы.

Из 10 больных, оперированных в плановом порядке, умер 1, у которого после комиссуротомии развилась выраженная недостаточность митрального клапана. Смерть наступила на операционном столе. У одного больного с IV ст. заболевания и наличием мерцательной аритмии возникла эмболия сосудов головного мозга. Других осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде, несмотря на адекватную комиссуротомию и назначение комплекса лечебных мероприятий, у больных наблюдалась неустойчивость гемодинамических показателей, что объясняется, по-видимому, шероховатостью внутрисердечного и внутрилегочного давления.

Всем больным после операции в течение 1—1,5 месяца проводили противорецидивное лечение с назначением гормональных препаратов. Отдаленные результаты прослежены у всех больных в сроки от 0,5 до 4 лет. При этом у 2 из них выявлена легкая степень митральной недостаточности, а у одного, не проводившего регулярную противорецидивную терапию, — рестеноз. Этот больной был оперирован в нашей клинике повторно с хорошим ближайшим результатом.

Одному из наших больных митральная комиссуротомия произведена в плане реанимационных мероприятий на высоте отека легких.

Следует указать на некоторые особенности чрезжелудочковой митральной комиссуротомии у детей и подростков. Передне-боковой доступ в V межреберье слева в положении больного на операционном столе под углом 45° создает ограниченную экспозицию, и иногда нам приходилось прибегать к пересечению реберных хрящей. При этом наложение турникетного шва на верхушку левого желудочка и введение дилататора облегчаются подкладыванием под спину больного валика. Несмотря на выраженное расширение левого предсердия и ушка, у детей с митральным стенозом в половине наблюдений в полость сердца удалось пройти лишь мизинцем, что вызвало определенные затруднения в установке дилататора в митральном кольце и разъединении подклапанных сращений.

Мы испытывали неудобства при производстве инструментальной чрезжелудочковой митральной комиссуротомии у детей двулопастными дилататорами, типо-размеры которых выпускает отечественная промышленность, а также зарубежные фирмы «Штилле» (Швеция), «Эскулап» (ФРГ) и др. Все эти инструменты предназначены для операций у взрослых и имеют длину лопастей от 6 до 8 см. У детей при наличии митрального стеноза полость левого желудочка маленькая, и при правильной установке инструмента в митральном кольце не вся рабочая часть умещалась в ней. Последнее обстоятельство чревато разрывом стенки левого желудочка. Для избежания данного осложнения нам приходилось большую часть лопастей проводить в полость левого предсердия. При этом в некоторых случаях они соскальзывали с комиссур, и комиссуротомия удавалась с 2—3 попыток. В настоящее время назрела необходимость массового выпуска детских двулопастных расширителей для производства чрезжелудочковой митральной комиссуротомии.