

у 6. У двух из них функция щитовидной железы была на высших границах нормы (28—30%) и у двух понижена.

Таким образом, у лиц, страдающих коронарной недостаточностью, при явном атеросклерозе не наблюдается такого закономерного снижения функции щитовидной железы, как при атеросклерозе без признаков коронарной патологии. По нашим наблюдениям, понижение функции щитовидной железы при „болевых формах“ коронарного атеросклероза наблюдалось лишь у $\frac{1}{3}$ больных, в $\frac{2}{3}$ случаев функция была повышенной или нормальной.

Г. А. Гольдберг и П. М. Леонов, исследуя функцию щитовидной железы у лиц с атеросклерозом, так же обратили внимание на то, что признаки пониженной функции щитовидной железы явно реже и в меньшей степени выражены у тех больных с атеросклерозом, у которых были приступы стенокардии.

Наблюдаемые нами факты позволяют высказать предположение о значении эндокринного звена в природе и течении коронарной недостаточности. Значительное усиление функции щитовидной железы у больных с особенно тяжелым течением грудной жабы, а также у больных, перенесших острый период инфаркта миокарда, равно как и повышение функции щитовидной железы в эксперименте у кроликов по мере нарастания у них гиперхолестеринемии, дают основание рассматривать эти изменения как проявление компенсаторно-выравнивающей реакции организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. и Дильман В. М. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1956, 1.—2. Гольдберг Г. А. и Леонов П. М. Тер. арх., 1958, 4.—3. Максудов Б. С. и Лушников Л. А. Тез. докл. на XIV Всесоюзном съезде терапевтов, 1956.—4. Никулин К. Г. Тер. арх., 1955, 8.—5. Пекарский Н. И. Тез. докл. к конференции по проблеме „Атеросклероз и коронарная недостаточность“, М., 1956.—6. Синицина Т. А. Там же.—7. Спесивцева В. Г. Тер. арх., 1955, 8.—8. Фатеева М. И. Тр. по применению радиоактивных изотопов в медицине. М., 1953.—9. Hans Selye. The stress of Life, 1957.

Поступила 28 апреля 1959 г.

О ВОЗМОЖНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ

Кандидаты мед. наук С. И. Смеловский и Е. Г. Бурменко

Из института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР
(директор — действ. член АМН СССР, проф. А. А. Вишневский,
зав. 1-м хирургическим отделением проф. Н. И. Краковский)

В настоящее время ни у врачей, ни у больных не возникает сомнения в том, что оперативное лечение митрального стеноза в системе лечения ревматического заболевания занимает серьезное место. К 1957 г. в литературе опубликовано более 1500 операций по поводу митрального стеноза. Число этих операций все время возрастает.

В поликлинике института хирургии им. А. А. Вишневского АМН СССР с 1953 г. по 1958 г. лечились 1623 больных с митральным пороком сердца ревматического происхождения, а в 1958 г. — 406 больных.

При анализе наших наблюдений по митральному пороку было отмечено, что, с одной стороны, часть больных с ревматическим стенозом, на разных этапах его развития и формирования, получали недостаточные дозы средств десенсибилизирующей терапии, допускали большие нарушения и разрывы в соблюдении диеты, в приме-

нении современных сердечных средств, не использовали климатобальнеологических методов и т. д. Многие больные долго не подвергались санации носоглотки, миндалин, зубов. С другой стороны, опыт показывает, что как старые, так и новые антиревматические средства (бутадиион, кортизон, АКТГ и др.), даже при продолжительном их применении зачастую не приводят к затуханию, а тем более к излечению ревматической болезни.

Под нашим наблюдением были больные с митральным стенозом, которым мы отказали в операции комиссуротомии из-за вяло протекающего ревмокардита. После настойчивого противоревматического лечения сроком до одного года часть из этих больных возвратилась к нам с такими же признаками ревмокардита, как и раньше, а при микроскопии резецированных во время операции ушек левого предсердия у многих из них мы находили ашоф-талалаевские гранулемы, которые большинством исследователей (В. Т. Талалаев, Тедеш, Вагнер и др.) считаются показателем активного ревматического процесса.

Переносить энергичное противоревматическое лечение целиком на послеоперационный период, после получения патогистологического исследования ушек или при появлении признаков обострения ревматического процесса, рискованно, так как ослабленные операцией больные переносят это лечение труднее. Кроме того, по нашим предварительным наблюдениям, некоторые из антиревматических средств (например, салициловый натрий, вводимый внутривенно), повышают свертываемость крови и могут вести к усилению тромбообразования.

Известно, что ревматический эндомиокардит в течение многих лет является частым спутником уже сформировавшегося митрального стеноза. Проф. М. А. Скворцов писал, что гранулемы возникают периодически в течение всей жизни ревматика, а по мнению проф. М. С. Вовси, выявление активности ревматического процесса у больных со старым пороком сердца представляет большие трудности.

Это подтверждается и практикой хирургов. Там, где клинические и лабораторные данные не указывали на ревматический процесс, в операционных биопсиях ушек левого предсердия находили ашоф-талалаевские гранулемы, по материалам Института хирургии имени А. В. Вишневского, в 86%, при этом у 22% из них были обнаружены все морфологические признаки активного ревмокардита (по П. А. Куприянову — в 49%, а по материалам Института грудной хирургии — в 53,8%).

Иллюстрацией может служить следующая краткая выписка из истории болезни:

Б-ной В. поступил 11/I-58 г. по поводу ревматического митрального стеноза. В детстве перенес острый суставной ревматизм. В анамнезе часты ангины. При поступлении состояние больного удовлетворительное. Динамическое исследование крови указаний на текущий ревматический процесс не дает. Температура тела, на протяжении всего дооперационного периода, — 36,5—36,6°. PQ — 0,18 сек. Баночная проба отрицательная. В течение 3 недель больному проводилось, в качестве предоперационной подготовки, лечение салицилатами. 18/II произведена операция комиссуротомии. В резецированном ушке левого предсердия обнаружен активный ревматический процесс. На протяжении месяца после операции у больного отмечались выраженные изменения в гемограмме со значительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево до миелоцитов, ускоренная, до 40 мм/час РОЭ, положительная баночная проба. Заживление раны прошло первичным натяжением, осложнений со стороны легких после операции не наблюдалось. Применение салицилатов в комбинации с пиридоном, бутадиионом не оказывали эффекта. Комплексное применение АКТГ с пиридоном оказалось более действенным. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, у этого больного никаких проявлений текущего ревматического процесса в дооперационном периоде мы не наблюдали, несмотря на наличие актив-

ного ревматического кардита, обнаруженного при биопсии ушка и обострившегося после операции.

В дальнейшем у этого больного в течение года после операции дважды наблюдались вспышки ревмокардита, и есть признаки развития рестеноза.

До операции мы очень придирчиво исключали текущий ревматический процесс: небольшое ускорение РОЭ, периодически появляющийся субфебрилитет, периодически изменяющийся удлинненный зубец PQ, повышенную возбудимость и неустойчивость сердечной деятельности, отрицательную пробу на наперстянку мы относили за счет ревмокардита, и таким больным до операции рекомендовали продолжать противоревматическую терапию. Оперативное вмешательство у этого рода больных, по нашим наблюдениям, нередко осложнялось тяжелым послеоперационным течением.

Нам кажется, что недостаточное состояние диагностики и лечения ревматических заболеваний сердца при митральных пороках не может не отразиться на правильном выборе сроков оперативного вмешательства, на профилактике и лечении послеоперационных осложнений, а следовательно, и исходах операции.

Сравнительно легкое оперативное вмешательство — тонзиллэктомия при ревматизме (данные проф. Б. С. Преображенского) проходит менее благоприятно: кровотечения во время операции отмечаются в 2 раза, а после операции в 2,5 раза чаще, чем у больных без ревматизма. У больных чаще наблюдаются после операции высокая температура, ускоренная РОЭ, лейкоцитоз и др. А по тяжести вмешательства комиссуротомия значительно сложнее и опаснее тонзиллэктомии, осложнения после нее тяжелее и многочисленнее.

Обострение ревматического заболевания в послеоперационном периоде, по нашим наблюдениям, может привести к серьезным и опасным осложнениям со стороны самого сердца, к появлению радикулитов, рецидиву полиартрита, тяжелой формы крапивницы, двухстороннему экссудативному плевриту, перикардиту, тяжелому нагноению в ране и т. д. Логично думать и о том, что хирургическое вмешательство при латентном ревматическом процессе может повлечь за собой вспышку ревмокардита, а следовательно, привести к новому стенозированию или недостаточности, к развитию новых рубцовых изменений в клапанах, хордах, папиллярных мышцах, что в некоторых случаях ведет к летальному исходу.

Иллюстрацией может служить следующее наблюдение:

Б-ной Г., 17 лет, поступил 21/II-58 г. по поводу ревматического стеноза левого венозного отверстия. Острый суставной ревматизм в 51 г. Повторная атака в 53 г. С 53 г. длительно лечился салицилатами, проводилась массивная пенициллинотерапия. Ухудшение состояния с 54 г., когда стала прогрессивно нарастать одышка, появились периодически повторяющиеся кровохарканье. При поступлении состояние больного удовлетворительное. Нарушение кровообращения III степени. Температура тела на протяжении всего периода до операции колебалась в пределах 36,2—36,4°, PQ — 0,16 сек. Баночная проба отрицательная. РОЭ — 6—8 мм/час. Изменений со стороны гемограммы до операции не отмечалось. 3/IV-58 г. произведена комиссуротомия, которую больной перенес хорошо. В резецированном ушке левого предсердия обнаружены единичные ашоф-талалаевские гранулемы в подэндокардиальной соединительной ткани и в глубоких слоях эндокарда. Через сутки после операции на фоне введения антибиотиков (пенициллин, стрептомицин) появились высыпания на коже туловища и повышение температуры до 38—38,9°, при общем удовлетворительном состоянии больного. После отмены антибиотиков сыпь побледнела и на некоторых участках тела исчезла. В связи с инфильтрацией легочной ткани в нижней зоне левого легкого (установленной рентгенологически, без аускультативных симптомов со стороны легких) и высокой температурой тела, больному, кроме сердечных средств, назначены биоминин, норсульфазол, пирамидон, салициловый натрий.

С 7/IV состояние больного резко ухудшилось: появилось спутанное сознание, временами бред, понижение зрения до светоощущения. 8/IV сыпь локализовалась у лучезапястных и коленных суставов. Появился резко выраженный симптом капиллярита, положительный симптом шипка, петехии на нижних веках. В правом лег-

ком сзади между нижним углом лопатки и позвоночником, на ограниченном участке, выслушиваются обильные влажные хрипы на фоне жесткого дыхания. Слева хрипов нет. Печень увеличена, болезненна при пальпации. Неотчетливо определяется край селезенки. Субиктеричность склер.

Анализ крови после операции:

	4/IV	7/IV	8/IV
Hb —	86 ⁰ / ₀	82 ⁰ / ₀	68 ⁰ / ₀
Э. —	4 910 000	3 760 000	4 080 000
Л. —	23 050	24 400	14 750
э. —	0 ⁰ / ₀	0 ⁰ / ₀	0 ⁰ / ₀
м. —	0 ⁰ / ₀	0 ⁰ / ₀	4,5 ⁰ / ₀
ю. —	1 ⁰ / ₀	5,5 ⁰ / ₀	11,5 ⁰ / ₀
п. —	13,5 ⁰ / ₀	28 ⁰ / ₀	34 ⁰ / ₀
с. —	75 ⁰ / ₀	60,5 ⁰ / ₀	47 ⁰ / ₀
л. —	3,5 ⁰ / ₀	3,5 ⁰ / ₀	1 ⁰ / ₀
РСОЭ —	20 мм/час	42 мм/час	50 мм/час

Дифференциальный диагноз проводился между острой аллергической реакцией к антибиотикам, острым сепсисом и правосторонней бронхопневмонией. К вечеру появились крепитирующие хрипы в нижней доле левого легкого. Состояние больного продолжало ухудшаться, и 9/IV наступила смерть при явлениях нарастающей сердечной слабости.

На вскрытии обнаружен диффузный фибринозный перикардит, свежий бородавчатый эндокардит митрального клапана и полулунных клапанов аорты. Правосторонняя нижне-долевая ревматическая пневмония. Свежие инфаркты почек и селезенки. Субарахноидальное кровоизлияние в правой височной доле головного мозга.

Как видно, у больного, до операции не имевшего проявлений активного ревматического процесса, оперативное вмешательство вызвало резчайшую вспышку ревматизма, приведшую к летальному исходу.

Летальные исходы после комиссуротомии, в результате обострения латентного ревматического процесса наблюдали так же и другие (А. В. Гуляев и Ю. С. Мареев).

Мы считаем, что в отдельных случаях, даже при указаниях на текущий ревматический процесс и отсутствии эффекта от настоящего антиревматического лечения, при тяжелом митральном стенозе, угрозе декомпенсации и повторяющихся отеках легкого и кровотечениях, операция комиссуротомии может считаться неотложной, жизненно показанной, несмотря на то, что опасность непосредственных послеоперационных осложнений и возможность развития рестеноза у этой группы больных значительно возрастают. Примером является следующее наблюдение.

Б-ная Б., 37 лет, поступила 31/XII-57 г. по поводу ревматического стеноза левого венозного отверстия. В 52 г. перенесла острый полиартрит. На повторных гемограммах отмечаются лишь нерезкая анемия и ускоренная, до 30—34 мм/час, РОЭ; периодически — субфебрилитет, PQ — 0,18—0,20 сек.

Длительное время больной проводилась активная противоревматическая терапия (салицилаты, пирамидон, бутадон, пенициллинотерапия) в связи с диагностированным возвратным эндокардитом. Эффекта от проводимой терапии не было. Так как у больной периодически развивался отек легких, часто возникали кровохарканья, то 20/III-58 г. ей была произведена комиссуротомия. Послеоперационное течение осложнилось обострением ревматического процесса, возникновением мерцательной аритмии, прогрессирующей анемизацией. Тяжелое состояние больной наблюдалось в течение месяца, несмотря на настойчивое противоревматическое лечение.

По нашим наблюдениям, из 132 больных, у которых до операции не было обнаружено никаких проявлений ревматического процесса и у которых были найдены ашоф-талаалаевские гранулемы в ушке

левого предсердия, обострение ревмокардита после операции отмечено у 39. У 58 больных, так же без клинических проявлений ревматизма, послеоперационное его обострение наблюдалось у 5 и, наконец, у всех 10 оперированных при вяло текущем процессе, мы наблюдали обострение после операции.

По-видимому, в дальнейшей проверке нуждается очень важный для клинической практики вопрос об отличии результатов операций, производимых при явных признаках ревматизма, как и положение о том, что устранение стеноза, наоборот, создает в организме благоприятные условия для борьбы с ревматическим процессом.

В свете современного понимания этиологии, патогенеза и терапии ревматической болезни как причины митрального порока нам кажется, что и к оценке отдаленных результатов после комиссуротомии нужно подходить осторожно, имея в виду, как говорит И. Л. Кассирский, что „для полного формирования клапанного порока требуются, нередко, не один-два года, а несколько лет“.

Болтон (1957 г.) и Мессер (1957 г.) при обследовании 200 больных с пороками сердца на сроках от 5 до 8 лет после комиссуротомии обнаружили, что у ряда больных появились новые жалобы: повышенная утомляемость, нервозность, сердцебиение, приступы лихорадочного состояния, рецидив ревматизма, повторялись и эмболии; наблюдались переход синусового ритма в фибрилляцию предсердий, появление пароксизмальной тахикардии. Систолический шум не изменился у 119 больных; у 70 — без шума до операции, он появился после нее. Митральный диастолический шум не изменился у 150 больных; у 26 появился шум, свидетельствующий о поражении аортальных клапанов. Объем сердца остался неизменным у 142 больных. По субъективной оценке, только 42 больных считали себя выздоровевшими.

ВЫВОДЫ:

Латентные формы ревматизма после комиссуротомии в ряде случаев могут принимать характер острого процесса, что ухудшает послеоперационное течение и может вести к тяжелым осложнениям.

Комиссуротомия при активном ревматизме является операцией вынужденной и должна производиться только по витальным показаниям.

При митральном стенозе, как следствии ревматизма, необходима систематическая и длительная подготовка больного к комиссуротомии антиревматическими средствами в комплексе с другими лечебными мероприятиями. Прооперированные же должны на протяжении многих лет находиться под наблюдением терапевта-ревматолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вовси М. С., Колесников С. А., Куприянов П. А., Преображенский Б. С. Тез. докл. на научной сессии ОКМ и Всесоюзн. комитета по изучению ревматизма и болезней суставов при АМН СССР. Медгиз, 1958. — 2. Голубев И. С. Хирургия, 1959, 1. — 3. Гуляев А. В. Хирургия, 1955, 8. — 4. Кассирский И. Л. Лекция о ревматизме, Медгиз, 1956. — 5. Мареев Ю. С. Хирургия, 1957, 4. — 6. Нестеров А. И. Вopr. терапии, клиники и лечения ревматизма, М., 1956. — 7. Шелагуров А. А., Юренев П. Н., Мурашко В. В. Хирургия, 1955, 8.

Поступила 27 апреля 1959 г.