

Анализ полученных данных показывает, что операции по Маделунгу с дополнительными кожными разрезами и по Маделунгу с сепаровкой кожных лоскутов дают лучшие исходы лечения, чем другие оперативные вмешательства. Так, хорошие отдаленные результаты отмечены у всех 66 больных, оперированных этими методами. После вмешательства по Маделунгу — Линтону хорошие результаты констатированы в 66,6%, удовлетворительные — в 30,2% и неудовлетворительные — в 3,2%. Методы лечения по Беккоку — Маделунгу и Маделунгу — Соколову дали сравнительно неудовлетворительные результаты.

Среди причин рецидивов, по нашим наблюдениям, первое место занимает прогрессирующая недостаточность перфорационных вен, не ликвидированных во время операции, второе — нерадикальное удаление основного ствола на бедре и большой подкожной вены с ее ветвями на голени, третье — расширение малой подкожной вены и ее ветвей. При радикальном иссечении варикозных вен нижних конечностей достигалось восстановление нарушенного кровообращения путем направления тока крови по глубокой системе, а это обеспечивало трудоспособность больных в полном объеме и предотвращало рецидив болезни.

Для успешного восстановления трудоспособности — реабилитации больных с варикозным расширением вен и поверхностным тромбозом нижних конечностей необходимо более раннее их выявление. Большое значение имеет учет длительности временной нетрудоспособности лиц с различными проявлениями этой патологии. По нашим данным 104 больных находились на больничном листе, за год ими было потеряно 46 900 рабочих дней, в среднем 45 рабочих дней на одного человека. После оперативного лечения все они вернулись к прежней работе. У 25 из 46 больных, имевших инвалидность, после оперативного лечения полностью восстановилась трудоспособность. Часть больных отказалась от оперативного лечения, а у некоторых были противопоказания к нему. До перевода на инвалидность больные длительное время находились на амбулаторном лечении; иногда инвалидность устанавливали без учета того, что больной вновь может быть трудоспособен после радикального оперативного лечения. При реабилитации больных с тромбозом нижних конечностей необходимо трудоустройство больных, при этом надо стремиться вернуть их к прежней работе, учитывая, что переход на новую работу обычно вызывает снижение квалификации и заработка.

## ВЫВОДЫ

1. При комбинированном хирургическом методе лечения варикозного расширения вен и поверхностного тромбоза нижних конечностей хорошие непосредственные и отдаленные результаты достигают 80%. Это дает основание рекомендовать методы операции по Маделунгу с сепаровкой кожных лоскутов и по Маделунгу с дополнительными кожными разрезами в широкую хирургическую практику.

2. Своевременное и радикальное иссечение варикоза и тромбированной вены со склерозирующей подкожной клетчаткой в большинстве случаев предотвращает рецидив заболевания.

3. Реабилитация при заболевании вен нижних конечностей способствует снижению заболеваемости, потери трудоспособности и инвалидности.

Поступила 19 июля 1977 г.

УДК 616.132.15—089

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ПЕРЕШЕЙКА АОРТЫ

*А. М. Иванов, В. Н. Чулкова*

*Межобластной кардиохирургический центр (руководитель — проф. В. Р. Ермолаев)  
2-й городской клинической больницы (главрач — Г. П. Петров), г. Саратов*

**Реферат.** Хирургическая тактика при коарктации аорты определяется анатомической разновидностью сужения и его протяженностью. Результаты лечения этой аномалии зависят от возраста оперированных и адекватности восстановления кровотока по аорте. Наиболее рациональным методом коррекции коарктации аорты следует считать резекцию суженного участка с анастомозом конец в конец и прямую истомпластику с использованием стенки левой подключичной артерии.

**Ключевые слова:** коарктация аорты, хирургическая коррекция.

**Библиография:** 1 название.

В связи с многообразием анатомических видов врожденного сужения аорты не ослабевает интерес к изучению этой аномалии развития магистральных сосудов, к поискам оптимальных методов хирургической коррекции. В настоящей работе представлен опыт хирургического лечения коарктации аорты у 50 больных. 3 из них были в возрасте от 2 до 3 лет, 12 — от 4 до 7 лет, 24 — от 8 до 15 лет, 6 — от 16 до 20

лет и 5 — от 21 до 29 лет. 80% оперированных больных — мужского пола. У 43 больных была изолированная коарктация, у 4 она сочеталась с открытым артериальным протоком, у 1 — с дефектом межжелудочковой перегородки, у 1 — с аортальным стенозом и у 1 — с добавочной верхней полой веной, дренирующей в правое предсердие.

Диагностика изолированной коарктации аорты не представляет трудностей и основывается на общедоступных методах исследования. Кардинальным признаком данного порока является повышение АД на руках (но оно может быть и нормальным) и отсутствие его на ногах. Даже при равенстве величин систолического давления на верхних и нижних конечностях следует заподозрить коарктацию аорты. Только у 7 больных из 50 потребовалось зондирование полостей сердца и аортография, которые позволили подтвердить или отвергнуть сопутствующие пороки сердца. Сужение аорты у 29 больных локализовалось на уровне артериальной связки, у 20 — на уровне устья левой подключичной артерии и у 1 больного наряду с коарктацией в типичном месте выявлено сужение проксимальное отхождения левой подключичной артерии, причем последняя и дуга аорты были гипоплазированы. У 6 больных обнаружена полная непроходимость в месте сужения.

Хирургический метод лечения данного порока является общепринятым, однако мнения о способе коррекции его разноречивы. Нами применялись следующие операции: резекция перешейки аорты с анастомозом конец в конец (31), резекция с протезированием (11), прямая (7) и непрямая (1) истмопластика.

На наш взгляд, операцией выбора является резекция перешейки аорты с последующим восстановлением просвета ее анастомозом конец в конец. При этом удаляют участок суженной аорты, а просвет ее восстанавливают за счет собственной стенки. При такой методике удается сохранить рост аорты у детей, поскольку метод аллопластики у них неприемлем. Анастомоз конец в конец удалось осуществить больным до 15 лет и лишь некоторым (2) старше 20 лет. Протяженность резецированного участка аорты у больных этой группы составляла не более 3 см. Заднюю полуокружность анастомоза конец в конец формировали непрерывным швом, переднюю, как правило, — отдельными П-образными швами. У 9 больных старше 15 лет после резекции суженной части аорты просвет ее был восстановлен с помощью сосудистого аллопротеза. В этих случаях протяженность резецированного участка составляла более 3 см. По этой же причине мы были вынуждены произвести аллопластику у 2 больных в возрасте 8 лет.

С 1974 г. при локализации сужения на уровне левой подключичной артерии мы отдаем предпочтение истмопластике, используя стенку подключичной артерии [1]. Производим разрез, начинающийся по латеральной стенке левой подключичной артерии и переходящий вниз через измененный участок аорты на постстенотический ее отдел. После иссечения диафрагмы края продольного разреза сшиваем в поперечном направлении.

При комбинации коарктации аорты с открытым артериальным протоком коррекцию их проводили одновременно, при сочетании с дефектом межжелудочковой перегородки и аортальным стенозом — в 2 этапа. На первом этапе ликвидировали сужение аорты, а через 12—18 мес. корригировали оставшийся порок.

Наиболее частым осложнением хирургического лечения данного порока являлось кровотечение. У наших больных оно встретилось 10 раз, в том числе у 6 больных во время операции и у 4 — в послеоперационном периоде. У одного больного кровотечение послужило непосредственной причиной смерти во время операции и у другого — в послеоперационном периоде. По поводу внутриплеврального кровотечения у 3 больных была предпринята реторакотомия, после которой они поправились. У 5 больных после операции отмечена стойкая парадоксальная артериальная гипертензия с абдоминальным синдромом, у 1 — острая сердечная недостаточность, которая привела к летальному исходу. У 1 оперированного возник хилоторакс, который был ликвидирован плевральными пункциями.

Наиболее благоприятным периодом для операции у больных с коарктацией аорты мы считаем возраст от 7 до 15 лет, когда сосуды имеют достаточный диаметр, а изменения в их стенках не выражены, что значительно упрощает операцию и дает возможность восстановить просвет аорты анастомозом конец в конец или же произвести прямую истмопластику с использованием стенки подключичной артерии.

У взрослых больных выполнить операцию при этом пороке значительно сложнее из-за выраженных изменений стенки аорты и межреберных артерий. Большая протяженность резецированного участка аорты, обычно превышающая 3 см, и снижение эластичности ее не позволяют восстановить просвет путем анастомоза конец в конец. В этих случаях приходится прибегать к протезированию суженного участка. Метод непрямого истмопластики при коарктации аорты применен у 1 больного. Неадекватная коррекция порока у него склоняет нас к отрицательной оценке этого метода.

Из 50 оперированных по поводу данного порока больных выписано 47, 3 умерли. Причиной смерти у 2 из них было кровотечение и у 1 — сердечная недостаточность. Источником кровотечения у одного пациента был поврежденный артериальный проток, у другого — правые межреберные артерии. Предпринятое повторное вмешательство у него было безуспешным.

Результаты хирургического лечения коарктации аорты изучены у 47 больных. 39 пациентов после операции жалоб не предъявляли. Как показало объективное исследование, у них полностью нормализовалась гемодинамика, исчез гипертонический

синдром, появилась пульсация на сосудах нижних конечностей, снизилось систолическое и пульсовое давление на верхних конечностях. Соответственно этому осциллографический индекс уменьшился на верхних и значительно увеличился на нижних конечностях. У 8 больных старше 18 лет результаты операции оказались относительно хуже из-за остаточной гипертензии, которая снизилась, но не до возрастных норм. У 6 из них было осуществлено замещение резецированного участка артерии сосудистым аллопротезом, у 1 — непрямая истмопластика и у 1 сформирован анастомоз конец в конец.

Отдаленные результаты (на сроках от 1 до 7 лет) прослежены у 32 больных: у 21 после резекции перешейка с анастомозом конец в конец, у 8 после протезирования и у 3 после прямой истмопластики. Полная нормализация АД наступила у 25 больных, оперированных в возрасте до 16 лет. Провет артерии у них восстанавливались путем наложения анастомоза конец в конец (20), методом прямой истмопластики (2) и протезирования (3). У 7 больных, оперированных в возрасте старше 18 лет, АД в отдаленные сроки снизилось, но осталось еще на высоком уровне, причем давление на руках у них было выше, чем на ногах. Причиной остаточной гипертензии у этих больных являлись, по-видимому, необратимые изменения сосудов вследствие длительно существующей гипертонии верхней половины тела, хотя нельзя исключить и другие причины, приводящие к остаточной артериальной гипертонии (неадекватность и деформация протеза, сдавление его парааортальной гематомой).

Таким образом, при выборе тактики хирургического лечения коарктации артерии необходимо учитывать анатомическую разновидность сужения и его протяженность. На непосредственные и отдаленные результаты коррекции данного порока оказывают влияние возраст оперированных и адекватность восстановления кровотока по артерии. Зависимости исходов операций на перешейке артерии от вида восстановления кровотока по ней нами не выявлено.

## ЛИТЕРАТУРА

Ратнер Г. Л., Чернышев В. Н. Хирургическое лечение симптоматической гипертензии. М., 1973.

Поступила 1 декабря 1977 г.

УДК 616.127

## К ПРОБЛЕМЕ КАРДИОМИОПАТИИ

*Доц. В. П. Нефедов*

*Кафедра общей клинической патологии (зав. — проф. И. М. Рахматуллин) и патологоанатомическое отделение (зав. — Т. Г. Грицких) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

**Реферат.** На основе изучения отечественной и зарубежной литературы и анализа 8 собственных наблюдений автор рассматривает вопросы терминологии, классификации, этиологии, патогенеза и патоморфологии кардиомиопатий. Предложена новая рабочая классификация кардиомиопатий.

**Ключевые слова:** кардиомиопатии.

4 иллюстрации. Библиография: 33 названия.

Наряду с ростом ишемической болезни сердца в последние годы отмечается повсеместное улучшение некоронарогенных заболеваний сердца, в частности кардиомиопатий различной этиологии и патогенеза, что привлекает все большее внимание врачей различных специальностей [9, 12, 16]. Вместе с тем следует отметить трудности дифференциации названных заболеваний, что обусловлено, с одной стороны, нередким сходством клинических и патоморфологических проявлений поражений миокарда и, с другой, недостаточным знакомством широкого круга клиницистов, патологоанатомов и судебных медиков с многообразными и не всегда ясными по этиологии, патогенезу и анатомической сущности заболеваниями миокарда, не связанными с ишемической, гипертонической или ревматической болезнями сердца [16].

Впервые термин «кардиомиопатия» был применен Брайденом [19] в 1957 г. для обозначения заболеваний сердца неизвестного, но не ревматического и не коронарогенного происхождения. Термин «кардиомиопатия» свидетельствует, что речь идет о болезни сердца, обусловленной избирательным (или изолированным) поражением сердечной мышцы. В качестве нозологической формы «кардиомиопатия» вошла в принятую у нас Международную классификацию болезней восьмого пересмотра 1965 г. В 1968 г. ВОЗ принимает следующее определение этой формы патологии сердца: «Название «кардиомиопатия» обозначает состояние различной, часто (но не всегда — В. Н.) неизвестной или неясной этиологии, при которых важнейшим признаком является кардиомегалия и сердечная недостаточность. Из этого названия исключаются болезни