

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