

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С СУЖЕНИЕМ ЛЕВОГО ВЕНОЗНОГО ОТВЕРСТИЯ И НЕЗАРАЩЕНИЕМ БОТАЛЛОВА ПРОТОКА¹

Доц. М. И. ХУРГИН и З. М. СЕМЕНОВА

Из кафедры госпитальной терапии (зав.— проф. А. А. Демин)
Новосибирского медицинского института

В настоящее время операции по поводу сужения левого венозного отверстия перестали быть казуистическим происшествием и вошли в круг повседневной работы хирургических клиник (А. Н. Бакулев, А. А. Вишневский, А. В. Гуляев, В. И. Казанский, П. А. Куприянов, Е. Н. Мешалкин, Б. В. Петровский, Ф. Г. Углов и многие другие).

В литературе широко освещены исходы и послеоперационные осложнения, но данные об отдаленных результатах весьма скудны.

Правильно указывают проф. А. А. Шелагуров и соавторы, что, несмотря на то, что хирургическое вмешательство на сердце, как у нас, так и за рубежом, широко распространено, врачи еще недостаточно знакомы с показаниями и противопоказаниями к оперативному вмешательству, недостаточно осведомлены о возможных послеоперационных осложнениях.

Это побудило нас поделиться нашими наблюдениями за больными, подвергшимися оперативному вмешательству — комиссуротомии, на протяжении от 2 до 5 лет.

Под нашим наблюдением находятся 22 больных: из них 16 больных митральной болезнью с превалированием сужения левого венозного отверстия, 4 больных с сужением левого венозного отверстия и 2 — с незаращением боталлова протока.

Таблица № 1

Распределение больных по полу, возрасту и профессии

Вид порока	По полу		По возрасту				По профессии			
	муж.	жен.	10—20	21—30	31—40	41—50	рабочие	служащие	уча- щие дома-	хозяйки
Комбинированный митральный порок	3	13	—	5	10	1	4	8	2	2
Сужение левого венозного отверстия	1	3	1	2	1	—	—	2	2	—
Врожденный порок	—	2	2	—	—	—	—	—	2	—

Все больные до оперативного вмешательства имели недостаточность сердца I—II степени по Лангу.

Одышкой страдали все больные. У 12 была болезненная, увеличенная печень. У 8 отмечалось кровохарканье. У 5 были небольшие отеки на нижних конечностях. 4 оперированы через 6 месяцев после ревматической атаки. Скорость кровотока у 4 больных была в пределах нормы, у 16 замедлена. У 5 до операции была мерцательная аритмия. 17 находились на стационарном лечении до операции, 3 были под наблюдением участкового врача.

1 больная в возрасте 24 лет умерла через 4 с половиной месяца

¹ Доложено на I Всесибирской конференции терапевтов в Новосибирске 14 мая 1958.

после операции от рецидивирующего ревмокардита и выраженной сердечной недостаточности. Диагноз подтвержден на аутопсии гистологически. На секции атриовентрикулярное отверстие не пропускало кончика мизинца.

Больная Е-а, 24 лет, поступила в терапевтическое отделение 29-й больницы 14/VII-56 г. (история болезни № 3523). Жаловалась на постоянную одышку, отечность всего тела, боль и чувство тяжести в области сердца. 6 лет болела ревматизмом. В 1947 г. была повторная атака ревматизма. Диагностированы возвратный ревмокардит, комбинированный митральный порок сердца, с превалированием сужения левого венозного отверстия.

В марте 1956 г. больная оперирована в клинике А. А. Вишневого. Состояние после операции оставалось тяжелым. Явления сердечной недостаточности продолжали нарастать. Через 3 недели после операции появились боли в области сердца с иррадиацией в левое плечо и лопатку. Температура до 38°, ознобы. Лейкоцитоз до 11 000. Нейтроцитоз, лимфоцитопения, реакция оседания эритроцитов ускорилась. Терапия антибиотиками и салицилатами не эффективна. Через 2 месяца больную выписали из хирургической клиники по собственному желанию. По приезде в Новосибирск состояние ухудшилось, и 14 июля 1956 г. больная поступила в терапевтическое отделение.

Объективно: Ортопноэ. Анасарка. Застойные явления в легких. Сердце расширено во все стороны. При аускультации — первый хлопающий тон, слабый систолический шум. Мерцательная аритмия. Дефицит пульса 50. Разный пульс на руках. Артериальное давление — 85/55 мм рт. ст. Венозное давление — 185 мм. При надавливании на печень — 240 мм водного столба. Печень увеличена, плотная.

Кровь: гем. — 63 мм/ед, эр. — 4 240 000, Л. — 16 000, п. — 10%, с. — 78%, лимф. — 10%, мон. — 2%. РОЭ — 27 мм/час. Моча: уд. вес — 1026, белка — 0,56%. В осадке 5—10 лейкоцитов в поле зрения, 5—10 свежих эритроцитов, гиалиновые цилиндры — единичны в поле зрения.

Диагноз: вспышка ревматизма после комиссуротомии. Сужение левого венозного отверстия. Недостаточность двухстворчатого клапана. Нарушение кровообращения III степени. Больная находилась в клинике 9 часов и при явлениях нарастающей сердечной недостаточности скончалась.

Патологоанатомический диагноз: рецидивирующий ревмокардит. Рестеноз левого венозного отверстия. Расширение полостей сердца. Фиброзный слипчивый перикардит. Фиброзные сращения в плевральных полостях. Асцит. Дистрофические изменения в паренхиматозных органах. Состояние после операции на сердце.

Гистологическое исследование: В легких много клеток сердечных пороков. Межальвеолярные перегородки утолщены. В мышце сердца встречаются единичные гранулемы вокруг сосудов.

А. Л. Мясников, Ю. С. Мареев и другие так же указывают, что у части больных обострение ревмокардита может вызвать крайнюю степень недостаточности кровообращения, в результате чего может наступить летальный исход.

У нашей больной через 3 недели после операции развился посткомиссуротомный синдром: появились боли в груди, иррадирующие в плечо, шею, лопатку, сопровождающиеся повышением температуры до 38,6°, ускорилась реакция оседания эритроцитов до 38 мм в час, увеличилось количество лейкоцитов до 11 тысяч.

Причина посткомиссуротомного синдрома до сих пор недостаточно выяснена. А. Н. Бакулев, А. А. Вишевский, Д. Л. Ларсон считают, что оперативное вмешательство само по себе вызывает со стороны органов грудной клетки воспалительную реакцию.

П. А. Куприянов, С. А. Гаджиев, Т. Г. Блесткина, Е. Н. Мешалкин, на основании своих многочисленных наблюдений, утверждают, что посткомиссуротомный синдром — типичное проявление ревматической инфекции.

Авторы полагают, что перикардиальная реакция на операционную травму провоцирует рецидив ревматизма. А. А. Шелагуров также отмечает, что нередко после операции наблюдается резкая вспышка ревматического процесса, значительно отягощающая послеоперационное течение, а у некоторых больных ведущая к летальному исходу.

Наше наблюдение подтверждает положение о ревматическом характере посткомиссуротомного синдрома.

Имеются литературные указания на возможность рестеноза у больных после комиссуротомии (Бейли, Гольдберг). Мы у нашей больной также констатировали рестеноз.

10 больных, подвергшихся операции комиссуротомии, чувствуют себя относительно хорошо. Они приступили к работе или учатся.

9 больным предоставлена инвалидность II и III групп. Самочувствие их удовлетворительное. У 7 больных — нарушения кровообращения I стадии, у 2 — начальная форма II стадии.

У всех наблюдаемых нами больных после операции остаются клинические признаки сужения левого венозного отверстия. Сердце у всех больных митральной конфигурации. На верхушке прослушивается первый хлопающий тон, систолический и пресистолический шумы, у 4 выслушивается акцент второго тона на легочной артерии.

А. А. Шелагуров и соавторы так же обнаружили у 27 из 102 оперированных больных пресистолический шум, первый хлопающий тон, акцент и раздвоение второго тона на легочной артерии.

Это явление объясняется отчасти неполной ликвидацией митрального стеноза и тем, что створки клапана при далеко зашедшем пороке резко склерозированы и нередко в них имеются явления кальциноза, что создает условия для указанных аускультативных явлений. Раздвоение второго тона и акцент на легочной артерии обусловлены остающимся повышенным давлением в правых отделах сердца и легочной артерии. Последнее обусловлено тем, что не всегда при операции полностью ликвидируется сужение левого венозного отверстия. Особенно это бывает в тех случаях, когда в сосудах легочной артерии, главным образом в артериолах, развиваются необратимые изменения на почве длительно существовавшей гипертензии.

У большинства больных одышка появляется лишь при значительной физической нагрузке. Печень у 14 не прощупывается. У 3 пальпируется у края реберной дуги.

2 больных периодически нуждаются в применении сердечных средств, в связи с нарушением кровообращения. Артериальное давление остается у всех нормальным или слегка пониженным. Венозное давление у 16 нормализовалось, у 3 — продолжает оставаться повышенным (140—200 мм водного столба). Скорость кровотока слегка замедлена (16—18 сек по магнизальному времени). Волдырная проба у 4 больных остается слегка ускоренной (40—50 мин), а у остальных нормальной (50—60 мин).

Приведенные данные показывают, что комиссуротомия сравнительно хорошо эффективна у больных с сужением левого венозного отверстия с нарушением кровообращения первой или начальной фаз II стадии по Лангу.

При значительно выраженном нарушении кровообращения (конечная фаза II или III стадий сердечной недостаточности) операция для больного тяжела и часто дает плохой исход. Наши данные согласуются с выводами проф. А. Л. Мясникова (см. табл. 2).

У 5 больных (3 женщин и 2 мужчин) от 6 месяцев до полутора лет после операции возник рецидив ревматизма, по поводу которого они были госпитализированы, лечились салицилатами, адренкортикотропным гормоном, бутадионом, кортизоном, пирамидоном. В результате наступила ремиссия. У 1 больной дважды повторялся рецидив ревматизма с интервалом больше полутора лет.

П. А. Куприянов наблюдал рецидив ревматизма у больных после комиссуротомии через полтора года после оперативного вмешательства. С предупредительной целью он предлагает антиревматическое лечение до и после операции.

Основные признаки рецидива ревматического процесса следующие:

Таблица № 2

Результаты операций

Всего больных — 22 чел.	Сужение левого венозного отвер- стия			Комбинирован- ный митральный порок			Врожденный порок		
	ком- пен- са- ция	сердечно- сосудистая недостаточ- ность		ком- пен- са- ция	сердечно- сосудистая недостаточ- ность		ком- пен- са- ция	сердечно- сосудистая недостаточ- ность	
		I ст.	II ст.		I ст.	II ст.		I ст.	II ст.
До операции	—	—	4	—	—	16	—	2	—
После операции	3	1	—	13	1	2	2	—	—

повышение температуры после снижения ее или нормализации в послеоперационном периоде, появление или усиление болей и неприятных ощущений в области сердца, повышенная возбудимость, артралгии, ускорение реакции оседания эритроцитов (после заметного снижения или нормализации после операции), нарастание сердечной недостаточности, электрокардиографические изменения (снижение вольтажа зубцов и удлинение сегмента P—Q).

Самой убедительной является эффективность лечения антиревматическими средствами. У одного из наших больных во время обострения ревматического процесса появился сухой перикардит, у другого — полисерозит. Наши наблюдения говорят о частом рецидиве ревматизма у больных митральным пороком сердца после комиссуротомии.

Учитывая осложнения, наступающие в связи с операцией и сохранение после операции клинических признаков сужения левого венозного отверстия, а также частые рецидивы ревматизма, не следует направлять для операции лиц, страдающих митральными пороками при отсутствии нарушенного кровообращения.

У 2 больных, у которых до операции была мерцательная аритмия, после комиссуротомии пульс стал ритмичным. У 3 мерцательная аритмия остается в течение нескольких лет после операции. У одного мерцательная аритмия возникла в момент обострения ревматизма. С наступлением ремиссии пульс стал ритмичным.

У 3 больных мерцательная аритмия развилась вскоре после операции комиссуротомии. Через 2—3 месяца у них восстановился нормальный синусовый ритм.

Факторами, способствующими мерцательной аритмии, являются: перенапряжение миокарда предсердий во время операции, развитие послеоперационных осложнений (плевриты, пневмония и др.), вызывающих затруднение в работе сердца; тяжелые нервнорефлекторные расстройства, нарушение метаболических процессов в миокарде.

Во избежание этого осложнения П. А. Куприянов считает необходимым значительное расширение суженного левого венозного отверстия, так как тяжесть гемодинамических расстройств в малом круге кровообращения и связанная с нею гипоксия в послеоперационном периоде будут тем меньше, чем лучше восстановлен кровоток через левое венозное отверстие.

Наши наблюдения и литературные данные свидетельствуют, что мерцательная аритмия — не абсолютное противопоказание к хирургическому вмешательству на сердце.

У больных с незаращением боталлова протока часто развивается сердечная недостаточность, что может привести к гибели больных. В мо-

лодом возрасте нередко у этих больных (в 20%, по Е. М. Тарееву, в той же частоте, что и ревматизм) развивается эндартериит с последующим септическим эндокардитом. Терапевтическое лечение оказывается безуспешным, и больные погибают в раннем детском возрасте (40%). Для предупреждения этого тяжелого осложнения рекомендуется своевременное оперативное вмешательство.

Под нашим наблюдением было 2 больных (девочка 12 лет и девушка 19 лет) с незаращением боталлова протока, у которых была сердечная недостаточность I степени (одышка при беге, небольшой цианоз). Обе больные были оперированы и чувствуют себя хорошо. В течение 3 лет после оперативного вмешательства никаких признаков нарушения кровообращения нет.

ВЫВОДЫ:

1. Операция комиссуротомии у больных со стенозом левого венозного отверстия показана при хронической сердечной недостаточности I—II стадий (начальная фаза, по Лангу), при отсутствии признаков скрытого ревмокардита.

2. У части больных, с сужением левого венозного отверстия, у которых хирургическое вмешательство было показанным, отдаленные результаты после комиссуротомии в течение 3 лет положительные. Нарушений кровообращения не отмечается, хотя клинически признаки сужения левого венозного отверстия остаются. У многих больных после операции восстанавливается трудоспособность.

3. У больных с митральным пороком при сердечной недостаточности II стадии (конечная фаза) или III стадии операция не показана.

4. Часто (по нашим наблюдениям, у четверти всех больных) после комиссуротомии наблюдаются рецидивы ревматизма и рестеноз.

5. Мерцательная аритмия сама по себе не является противопоказанием для комиссуротомии. У некоторых больных мерцание предсердий до операции проходит в послеоперационном периоде. У других мерцательная аритмия появляется в послеоперационном периоде, но через короткое время может прекратиться, и восстанавливается нормальный синусовый ритм. Реже она остается постоянной или пароксизмальной.

6. Хорошие результаты получены после оперативного вмешательства у больных с незаращением боталлова протока.

ЛИТЕРАТУРА

1. А. Н. Бакулев. Хирургия сердца. Труды XXVI съезда хирургов, стр. 113—128.
2. Он же. Лечение незаросшего боталлова протока. Хирургия, 1, 1950, стр. 15—22.
3. А. А. Вишнеvский. Выдающиеся достижения хирургии сердца. Медицинский работник, № 9, 1958.
4. С. А. Гаджиев, Т. Г. Блесткина. О мерцательной аритмии после митральной комиссуротомии. Хирургия, № 8, 1957, стр. 56—64.
5. П. А. Куприянов, С. А. Гаджиев, Т. Г. Блесткина. Является ли вялотекущий ревмокардит противопоказанием к митральной комиссуротомии? Хирургия, № 5, 1957, стр. 26.
6. П. А. Куприянов, С. А. Гаджиев. Некоторые вопросы хирургического лечения митрального стеноза. Хирургия, № 4, 1956, стр. 9—17.
7. Ю. С. Мареев. Об обострении ревматического процесса после операции митрального стеноза. Хирургия, № 4, 1957, стр. 54—58.
8. А. Л. Мясников. К вопросу о показаниях к оперативному вмешательству при митральном стенозе. Терапевтический архив, № 3, 1957, стр. 21—26.
9. М. И. Перельман. Методика и техника перевязки незаращения боталлова протока. Хирургия, № 4, 1957, стр. 31—36.
10. Н. Н. Тереминский. Об экспериментальном воспроизведении пороков клапанов сердца. Москва, 1930.
11. Он же. Материалы открытого доступа к атриовентрикулярным клапанам сердца. Москва, 1940.

Поступила 19 мая 1957 г.