

С. Л. БОЛЯН, В. Г. АЗАТЯН, Л. А. ДАНИЕЛЯН

О ПОКАЗАНИЯХ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ К МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ

Одним из решающих факторов, определяющих успех комиссуротомии при митральном пороке сердца, является четкое определение показаний к операции.

Согласно классификации А. Н. Бакулева и Е. А. Дамир, получившей широкое признание в Советском Союзе, комиссуротомия считается показанной при II, III и IV стадиях заболевания.

Учитывая неоднородность контингента больных, относящихся к IV стадии заболевания, мы постарались обосновать целесообразность разделения IV стадии сужения левого венозного отверстия на три подстадии—IVa, IVб, IVв [2]. Это, в свою очередь, требует нового подхода при определении показаний и противопоказаний к комиссуротомии.

В данной работе мы предлагаем свои критерии определения показаний и противопоказаний к митральной комиссуротомии в зависимости от основных патогенетических факторов, главным образом определяющих успех хирургической коррекции порока, с учетом предложенного нами деления стадии митрального стеноза.

С этой целью нами тщательно проанализированы истории болезни около 1100 больных с сочетанным митральным пороком, значительная часть которых подверглась митральной комиссуротомии. Всесторонне и динамически изучены также ближайшие и отдаленные результаты комиссуротомии в сроки от 1 до 8 лет у 422 больных (мужчин—146, женщин—275, в возрасте от 20 до 45 лет).

Видоизмененная нами классификация митрального стеноза применительно к определению показаний и противопоказаний митральной комиссуротомии представлена в табл. 1.

При установлении показаний к операции и сроков комиссуротомии в зависимости от течения ревматического процесса и выраженности митрального клапана у больных в различной стадии заболевания мы исходим из следующего.

В I стадии заболевания, как известно, операция не показана.

Во II стадии митрального стеноза после острой и подострой атаки ревматизма комиссуротомию рекомендуем через 8—10 месяцев после эффективной противоревматической терапии, поскольку у этой категории больных миокард находится в относительно хорошем состоянии и за это время отмеченные изменения не могут значительно прогрессировать. Поэтому во избежание возможных послеоперационных осложнений и

для получения более хороших отдаленных результатов лучше оперировать при «полном» стихании ревматического процесса.

При острой или подострой атаке ревматизма у больных с IIIа стадией заболевания комиссуротомию целесообразно производить через 3—4 месяца после эффективной противоревматической терапии и 5—6 месяцев лечения, если даже сохраняется некоторая активность процесса.

Так как в III стадии митрального стеноза резервные силы сердца значительно ограничены, проведение операции в более поздние сроки может привести к прогрессированию поражения миокарда и снизить эффективность оперативного вмешательства.

При вяло текущем ревматическом процессе у больных во II и III стадиях заболевания срок противоревматического лечения мы ограничиваем соответственно 4—5 и 2—3 месяцами, независимо от эффективности лечения. Как показывает клинический опыт, если за этот срок вяло текущий ревматический процесс под влиянием лечения не стихает, то маловероятно его стихание в более поздние сроки. Между тем текущий процесс, при затягивании оперативного вмешательства, может значительно ухудшить состояние миокарда, особенно при III стадии митрального стеноза. Поэтому риск оперативного вмешательства вполне оправдан даже после неэффективной или недостаточно эффективной противоревматической терапии.

Наши наблюдения показывают, что расширение резко суженного левого венозного отверстия, создавая условия для улучшения внутрисердечной гемодинамики и восстановления нарушенного кровообращения, способствует стиханию вяло текущего ревматического процесса, не поддавшегося достаточно длительной и интенсивной терапии до операции. По нашим данным, из 114 больных, оперированных на фоне активного ревматического процесса (I или II степени по А. Н. Нестерову), при эффективной комиссуротомии с корригированием гемодинамики стихание активного ревматизма наблюдалось у 75 (из 89 больных), активность сохранилась у 13, усилилась у 1 больного. При неэффективной комиссуротомии (некорригированной гемодинамике) стихание ревматического процесса отмечалось у 3 больных, процесс сохранялся или усиливался у 27 больных.

Мы считаем, что эффективная комиссуротомия, приводя к восстановлению нарушенной гемодинамики, ослаблению или исчезновению гипоксии, следовательно к повышению общей реактивности организма и функции соединительной ткани, создает условия для лучшей обратной динамики тех изменений в соединительной ткани, которые происходят в ней при ревматизме. Почти то же происходит и при IVа стадии митрального стеноза.

У больных с IVб и IVв стадиями заболевания после острой или подострой атаки ревматизма мы рекомендуем операцию через 4—5 месяцев противоревматического лечения, если последнее в сочетании с

кардиальной терапией приводит к значительному улучшению нарушенного кровообращения.

Учитывая тяжесть поражения сердца при этих стадиях, желательно оперировать больных после более длительного противоревматического лечения с целью возможно полного стихания ревматического процесса, так как обострение ревматизма при наличии таких больших изменений в сердце может привести к быстрому прогрессированию и без того значительного нарушения кровообращения и роковому концу.

Если же у больных IVб и IVв стадий противоревматическое и кардиальное лечение не приводит к значительному улучшению кровообращения, и мы уверены, что основным патогенетическим фактором, обуславливающим нарушение кровообращения, является резкое сужение митрального отверстия, то этот срок следует ограничить 1,5—2 месяцами, так как рефрактерность к сердечным гликозидам свидетельствует о значительном истощении миокарда и затягивание операции может сделать ее выполнение вообще невозможным. Здесь мы идем на определенный риск, допуская комиссуротомию при сохранившейся активности ревматизма, но поскольку консервативная терапия при этом варианте абсолютно неперспективна, оперативное вмешательство при «чистом» стенозе, обуславливающим упорную декомпенсацию, может спасти больного или значительно продлить его жизнь.

Почти аналогичные цели преследуем мы, рекомендуя комиссуротомию через 1—2 месяца после противоревматического лечения при IVб и IVв стадиях митрального стеноза у больных с вяло текущим ревматическим процессом.

Наши наблюдения убеждают нас в том, что при значительном нарушении кровообращения вяло текущий ревматизм часто не поддается самой энергичной противоревматической терапии. Поэтому, если лечение в течение 1—2 месяцев не приводит к стиханию текущего ревматического процесса, то у больных с «чистым» стенозом или с незначительной митральной регургитацией, текущий ревматический процесс не может служить противопоказанием к комиссуротомии.

Вопрос врачебной тактики при наличии у больных митральным стенозом разной степени недостаточности митрального клапана необходимо решать с учетом активности ревматизма, стадии (степени) недостаточности кровообращения, состояния створок клапана и др.

Если у больных во II стадии заболевания даже умеренная митральная недостаточность не может служить противопоказанием к комиссуротомии, поскольку миокард находится в относительно хорошем состоянии и после операции может компенсировать нарушение внутрисердечной гемодинамики, то у больных III стадии операция показана при I степени недостаточности митрального клапана. При умеренной недостаточности комиссуротомия может быть противопоказанной при значительном поражении миокарда и плохом его функциональном состоянии.

Таблица 1

Видоизмененная классификация митрального стеноза к показаниям и противопоказаниям к операции комиссуротомии						
Стадия митрального стеноза	Ритм сердечного сокращения	Степень недостаточности кровообращения	Показания комиссуротомии в зависимости от течения ревматического процесса		Примечание	
			после острой и подострой атаки	при вяло текущем		
I	Синусовый	H ₀	Операция			
II	Синусовый	H ₁	Операция показана через 8—10 месяцев после эффективной противоревматической терапии	Операция показана в течение 4—5 месяцев, если терапия неэффективна	рекомендуется Сдвиг или умеренная недостаточность митрального клапана не является противопоказанием к операции. Со стороны створок клапана обычно не отмечаются значительные изменения	
III	Синусовый	H _{1-2a}	Операция показана через 3—4 месяца эффективной противоревматической терапии и 5—6 месяцев лечения, если оно даже не приведет к полной ликвидации ревматического процесса	Операция показана в течение 2—3 месяцев, независимо от эффективности	Умеренная недостаточность митрального клапана может служить противопоказанием, если электрокардиографические и другие исследования свидетельствуют о значительном поражении миокарда, его плохом функциональном состоянии. Обязательное створок без вышеотмеченных отягчающих обстоятельств не является противопоказанием	
IVa	Мерцание	H _{1-2a}	Требования такие же, что и при III а стадии		Соображения те же, что и при III стадии, но при затухшем ревматическом процессе	
IV	IVb	Синусовый	H _{2b}	Операция показана не раньше чем через 3—5 месяцев после противоревматического лечения, если комбинированное лечение приводит к значительному ослаблению недостаточности кровообращения. Если же лечение окажется малоэффективным, то этот срок следует ограничить 1—2 месяцами	Операция показана в течение 1—2 месяцев, независимо от эффективности	Недостаточность I степени не является противопоказанием. При недостаточности II степени комиссуротомия целесообразна. Обязательное створок без других отягчающих моментов не является противопоказанием
	IVb	Мерцание	H _{2b}	Операция показана после противоревматической терапии в течение 2—3 месяцев, если даже не отмечается «полное» стихание ревматического процесса, при условии значительного ослабления недостаточности кровообращения под влиянием кардинального и противоревматического лечения	Операция показана в течение 1—2 месяцев, если окажется неэффективной	Умеренная недостаточность митрального клапана является противопоказанием к комиссуротомии. Комиссуротомия противопоказана также при выраженном обызвествлении створок клапана
V	Синусовый или мерцание	H ₃	Операция		противопоказана	

Умеренная регургитация играет особенно важную роль в определении показаний и противопоказаний к комиссуротомии у больных IV стадией митрального стеноза.

На основании нашего клинического опыта мы считаем, что при IVа стадии заболевания с умеренной недостаточностью митрального клапана комиссуротомия возможна при затихшем ревматическом процессе, поскольку при таком серьезном нарушении ритма, как мерцание предсердий, обострение ревмокардита после хирургического вмешательства часто приводит к значительному прогрессированию поражения миокарда и развитию выраженной сердечной недостаточности. Отдаленные результаты операции у этих больных обычно бывают неудовлетворительными. У больных IVб стадии при наличии умеренной недостаточности митрального клапана операция обычно нецелесообразна, поскольку изменения в миокарде и клапанном аппарате слишком выраженные и комиссуротомия не может привести к восстановлению нарушенного кровообращения при наличии нарушения внутрисердечной гемодинамики, обусловленного регургитацией.

При IVв стадии митрального стеноза, учитывая выраженность и стойкость поражения миокарда, а также неудовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты операции, мы считаем комиссуротомию противопоказанной при наличии умеренной регургитации: миокард настолько «изношен», что после коррекции порока он не в состоянии компенсировать нарушенное кровообращение при наличии мерцания предсердий и значительной недостаточности митрального клапана.

Если операция не улучшает или улучшает незначительно внутрисердечную гемодинамику, то плохой миокард, как правило, не справляется с операционной травмой и больной погибает в послеоперационном периоде. Если даже он выживает после такого вмешательства, то оно не приносит ему облегчения.

При IVб стадии в определенных случаях (отсутствие кальциноза створок клапана и значительных изменений в малом круге кровообращения, а также при хорошем терапевтическом эффекте под влиянием кардиотонических препаратов), учитывая неперспективность и нестойкость консервативной терапии, можно рекомендовать комиссуротомию при II степени регургитации. Однако операцию следует производить на фоне противоревматического лечения и без активности ревматизма, поскольку активация ревматического процесса у этих больных может привести к резкому ухудшению и без того плохой сократительной функции миокарда и нежелательным последствиям.

Показания к комиссуротомии у этих больных мы связываем с обратным развитием нарушенного кровообращения под влиянием кардиального лечения, поскольку у них в патогенезе декомпенсации важное значение имеет, кроме сужения левого венозного отверстия, сопутствующая недостаточность митрального клапана. Если же интенсивная терапия сердечными гликозидами с диуретиками приводит к значительному ослаблению нарушенного кровообращения, то это свидетельствует о

том, что миокард еще располагает определенными резервными возможностями и может обеспечить приспособление сердца к новым условиям гемодинамики после коррекции порока.

Клинические наблюдения также показывают, что *сog bovinum* даже при отсутствии других осложняющих обстоятельств (кальциноз створок клапана, мерцательная аритмия и т. д.) резко ухудшает результат митральной комиссуротомии, особенно у больных IVa, б, в стадий. Поэтому у больных с *сog bovinum* показание к комиссуротомии следует ставить с большой осторожностью.

Степень легочной гипертензии сама по себе не может играть решающей роли в определении показаний и противопоказаний к комиссуротомии. Отличные и хорошие отдаленные результаты митральной комиссуротомии у больных с выраженной гипертензией в малом круге кровообращения почти аналогичны с таковыми при невысокой гипертензии (соответственно 69 и 72%) [1]. Поэтому мы придаем значение высокой легочной гипертензии в вопросах показаний к комиссуротомии в тех случаях, когда она сочетается с другими неблагоприятными факторами.

Ин-т кардиологии

МЗ Арм. ССР

Поступило 29.XII 1969 г.

Ս. Լ. ԵՈԼՅԱՆ, Վ. Գ. ԱԶԱՏՅԱՆ, Լ. Ա. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ

ՄԻՏՐԱԿ ԿՈՄԻՍՍՈՒՐՈՏՈՄԻԱՅԻ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԻ ԵՎ
ՀԱՎԱՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո մ

Հեղինակները առաջարկում են միտրալ կոմիսսուրոտոմիայի ցուցումների և հակացուցումների որոշման շափանիշը, կոմիսսուրոտոմիայի հաջողությունը որոշող հիմնական պաթոգենետիկ ֆակտորներից կախված՝ հաշվի առնելով նրանց կողմից առաջարկված միտրալ ստենոզի ստադիայի բաժանումները:

W. G. AZATIAN, L. A. DANIELIAN, S. L. YOLIAN

ON INDICATIONS AND COUNTERINDICATIONS FOR
MITRAL COMMISSUROTOMY

S u m m a r y

On the basis of careful examination of 1100 patients with an associated mitral disease, some of them subjected to commissurotomy, the authors suggest their own criteria for determination of indications and counterindications for mitral commissurotomy, depending on principal pathogenetic factors.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Азатян В. Г. Канд. диссертация, Ереван, 1967.
2. Еолян С. Л. Кровообращение, АН Арм. ССР, 1970, III, 2, 24—32.
3. Нестеров А. И. Терап. архив. 1965, 11, 7—14.
4. Нестеров А. И., Сигидин Я. А. Клиника коллагеновых болезней, М., 1966.